

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 72

1^{er} décembre 1976

SOMMAIRE

Règlement grand-ducal du 30 novembre 1976 portant exécution de l'article 53, 1° du code des assurances sociales	page 1146
Sommaire de l'annexe	
Statuts du Comité Central de l'Union des Caisses de Maladie	
Chapitre III — Les prestations	
Sous-chapitre I ^{er} — Les prestations en espèces	1147
Section 1 ^{re} — Objet (Art. 1 ^{er} et 2)	1147
Section 2 — Les différentes prestations (Art. 3 à 34)	1147
Section 3 — Indemnités pécuniaires en cas d'accident du travail (Art. 35)	1155
Section 4 — Indemnités pécuniaires en cas de chômage (Art. 36 et 37)	1155
Section 5 — Dispositions communes relatives à la liquidation des indemnités pécuniaires (Art. 38 à 48)	1156
Section 6 — Refus d'octroi des indemnités pécuniaires (Art. 49 à 51)	1157
Section 7 — Cessibilité et saisissabilité des indemnités pécuniaires (Art. 52)	1158
Section 8 — Impôt sur le total des salaires (Art. 53)	1158
Section 9 — Recours des caisses de maladie contre l'employeur (Art. 54)	1158
Sous-chapitre II — Les prestations en nature	1158
Section 1 ^{re} — Généralités (Art. 55 à 58)	1158
Section 2 — Les différentes prestations (Art. 59 à 102)	1159
Sous-chapitre III — Dispositions communes (Art. 103)	1168
Annexe I — Prestations soumises à l'autorisation préalable du médecin conseil	1168
Annexe II — Délais de renouvellement des moyens curatifs et adjuvants	1169

Règlement grand-ducal du 30 novembre 1976 portant exécution de l'article 53, 1° du code des assurances sociales.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Vu les articles 12 et 53 du code des assurances sociales ainsi que l'article 4 de la loi modifiée du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés;

Vu l'avis de la chambre du travail, la chambre de commerce, la chambre des employés privés, la chambre des fonctionnaires et employés publics, la chambre des métiers et la centrale paysanne faisant fonction de chambre de l'agriculture demandées en leur avis;

Vu la proposition du comité central de l'union des caisses de maladie;

Vu l'article 27 de la loi du 8 février 1961 portant organisation du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre ministre du travail et de la sécurité sociale et de Notre ministre des finances et après délibération du gouvernement en conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Les statuts, établis par le comité central de l'union des caisses de maladie, concernant les prestations et annexés au présent règlement, sont approuvés.

Art. 2. Notre ministre du travail et de la sécurité sociale et Notre ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial et aura effet à partir du 1^{er} décembre 1976.

Palais de Luxembourg, le 30 novembre 1976.

Jean

Le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale,

Benny Berg

Le Ministre des Finances,

Jacques-F. Poos

COMITE CENTRAL DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

STATUTS

CHAPITRE III. — LES PRESTATIONS

Sous chapitre I^{er}. — Les prestations en espèces

Section I^{re}. — *Objet*

Art. 1^{er}. L'assurance a pour objet des prestations en espèces en cas de maladie, de maternité et de décès.

Art. 2. Les prestations en espèces comprennent:

- 1° *en cas de maladie*
l'indemnité pécuniaire de maladie
- 2° *en cas d'hospitalisation*
l'allocation ménagère ou le pécule
- 3° *en cas de maternité*
l'indemnité pécuniaire de maternité
- 4° *en cas de décès*
l'indemnité funéraire

Section 2. — *Les différentes prestations*

A. *Indemnité pécuniaire de maladie*

Conditions d'octroi

Art. 3. L'indemnité pécuniaire de maladie est due à partir du premier jour d'incapacité de travail, à condition

- a) que celui-ci soit un jour ouvré en conformité des dispositions de l'article 7 ci-après, un jour férié légal ou un jour férié de rechange;
- b) que l'incapacité de travail soit déclarée par l'assuré dans un délai de trois jours à la caisse de maladie compétente, c'est-à-dire au plus tard le troisième jour à dater du début de l'incapacité de travail, le cachet postal faisant foi.

Le délai de trois jours est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable, lorsque le dernier jour est un samedi, un dimanche, un jour férié légal ou un jour férié de rechange;

c) que la déclaration soit faite le jour même au cas où la maladie ne s'étend que sur un seul jour ouvré.

L'indemnité pécuniaire de maladie n'est pas payée en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération au cours de l'incapacité de travail.

Art. 4. En cas de déclaration tardive, l'indemnité pécuniaire de maladie est accordée à partir du jour où l'incapacité de travail a été déclarée.

En cas de déclaration non conforme aux dispositions des articles 11, alinéa 1, et 12, alinéa 1 ci-après, l'indemnité pécuniaire de maladie n'est accordée qu'à partir du jour de la date du certificat médical.

Le comité directeur de la caisse de maladie a la faculté de donner mainlevée du non-paiement de l'indemnité pécuniaire pour une durée de quinze jours au plus (art. 8 et 12, C.A.S.).

Détermination de la rémunération brute de référence et de l'indemnité pécuniaire de maladie brute

Art. 5. La rémunération brute de référence à porter en compte pour le calcul de l'indemnité pécuniaire de maladie brute est déterminée de la façon suivante:

1. Si l'assuré a un ou plusieurs postes fixes la rémunération de référence est constituée par celle qui aurait été gagnée en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie.
2. En cas de travail au rendement ou à la tâche, en cas de changement d'occupation au sein de la même entreprise donnant lieu à des variations de rémunération et en cas de salaire instable, la rémunération de référence est établie sur la moyenne des rémunérations touchées pendant les trois mois précédant la survenance de l'incapacité de travail. Pour les assurés dont la rémunération est fixée en pourcentage, la moyenne de la rémunération correspondant aux douze mois pleins précédents sert de base de calcul.
3. En cas de changement, soit de profession, soit d'employeur pendant les trois mois précédant l'incapacité de travail, ayant donné lieu à des variations de rémunérations sans avoir comporté l'accès à un poste fixe, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations payées par les employeurs de cette période.
4. En cas de travail à horaire saisonnier variable et de salaires horaires variables le salaire de référence s'établit sur la base du salaire horaire de la moyenne des trois derniers mois pleins précédant l'incapacité de travail, multiplié par l'horaire journalier en vigueur au moment de l'absence conformément à la convention collective.
Si l'assuré a un poste comportant un salaire horaire fixe, mais travaille selon un horaire saisonnier variable, le salaire de référence s'établit sur la base de ce salaire horaire multiplié par l'horaire journalier prévu dans la convention collective pour la période de l'absence.
Dans les cas prévus par les deux alinéas précédents et à défaut de convention collective, l'horaire journalier à prendre en considération est celui applicable au moment de l'absence suivant la convention collective de la branche connexe.
5. En cas d'occupation occasionnelle immédiatement avant l'échéance du risque, la rémunération de référence est établie sur la rémunération brute que l'assuré aurait gagné dans sa profession principale; les points 1, 2, 3 ou 4 sont applicables selon le cas.

La rémunération de référence qui est établie sur la base de données du passé est adaptée, lors du paiement des indemnités pécuniaires, à l'évolution du nombre indice du coût de la vie ainsi qu'aux augmentations de rémunérations selon les modalités fixées par la loi, les conventions collectives ou le contrat de travail.

Art. 6. Dans la mesure où il n'est pas possible d'établir la rémunération de référence telle qu'elle est prévue à l'article 5, le travail supplémentaire est pris en considération dans la mesure où il a été effectué d'une façon régulière pendant les trois mois précédant l'incapacité de travail.

Ne font pas partie de la rémunération de référence les allocations et indemnités purement occasionnelles, les gratifications et le pécule de vacances.

Les primes de ménage, les primes analogues ainsi que les pourboires cotisables sont à considérer comme des éléments de la rémunération de référence.

Si la rémunération annuelle conventionnelle est payée normalement en plus de douze mensualités, il en est tenu compte par la caisse de maladie pour le calcul de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Le montant de la mensualité au-delà de la douzième s'établit sur la base d'une déclaration écrite de l'employeur et n'est pris en considération par la caisse de maladie que pour la partie dont l'employeur n'a pas la charge conventionnelle.

Dans le régime des fonctionnaires et employés la fraction de la mensualité au-delà de la douzième, qui reste à charge de la caisse de maladie ne pourra, ensemble avec l'indemnité pécuniaire de maladie allouée, dépasser par mois le douzième du maximum de rémunération fixé en application de l'article 100 de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés.

Le paiement se fera après réception de la déclaration écrite de l'employeur prévue à l'alinéa 5 ci-dessus.

Celle-ci devra être présentée à la caisse de maladie, sous peine de forclusion au plus tard trente jours après la date prévue pour la liquidation dans la convention collective, ou, à défaut, selon l'usage en vigueur dans l'entreprise.

Art. 7. Sans préjudice des cas visés par l'article 5, point 4, pour lesquels il y a lieu à application de la convention collective, le temps de travail utile pour le calcul de l'indemnité pécuniaire de maladie s'apprécie en fonction de ou des horaires de travail normalement en vigueur dans l'entreprise, l'établissement ou le service, au moment de l'absence, ou à défaut, selon les termes de la convention collective.

A défaut d'horaire hebdomadaire à rythme normal, le temps de travail se détermine sur la base des heures prestées durant les trois derniers mois dans l'entreprise, l'établissement ou le service à condition que ce temps de travail soit conforme aux prescriptions régissant la durée du travail.

Art. 8. L'indemnité pécuniaire de maladie brute par jour ouvré correspond à la rémunération brute de référence telle qu'elle est déterminée conformément aux articles 5 à 7 ci-dessus, sauf qu'elle sera majorée ou réduite dans la mesure où elle serait à l'origine d'une indemnité pécuniaire nette différente du salaire net que l'assuré aurait gagné en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie.

Quant à l'assuré régi par la loi modifiée du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés, l'indemnité pécuniaire de maladie brute telle qu'elle est fixée à l'alinéa précédent ne pourra dépasser par mois le douzième du maximum de rémunération fixé en application de l'article 100 de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés.

Début et fin de l'indemnité pécuniaire de maladie

Art. 9. Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie prend naissance le premier jour ouvré d'incapacité de travail et court pendant les cinquante-deux semaines suivantes, même si une nouvelle maladie est survenue pendant cette période.

Elle est accordée dans les limites ci-dessus, tant que persiste l'incapacité de travail, c'est-à-dire jusqu'à l'expiration de la période initialement prévue par le médecin traitant et les prolongations éventuelles médicalement certifiées, le tout sauf avis contraire du médecin-conseil.

Au début de chaque période d'incapacité de travail, les périodes de maladie éventuelles du chef d'une même maladie pendant les cinquante-deux semaines précédentes sont mises en compte pour la computation de la durée de cinquante-deux semaines.

Si la date résultant de la computation rétroactive de cinquante-deux semaines coïncide avec une période d'incapacité de travail due à la même maladie, ladite période est mise en compte pour sa totalité.

L'appréciation de savoir s'il s'agit ou non d'une incapacité de travail due à la même maladie est de la compétence du médecin-conseil.

L'indemnité pécuniaire de maladie ne peut être cumulée avec l'indemnité de maternité.

Lorsque l'assuré a recouvré sa capacité de travail et est redevenu incapable de travailler par suite d'une autre maladie, il y a un nouveau droit à l'indemnité pécuniaire.

Si, après la reprise du travail ayant comporté le retrait de la pension d'invalidité ou de l'allocation mensuelle, l'assuré a exercé une occupation assurée pendant cinquante-deux semaines consécutives, le droit à l'indemnité pécuniaire pour la même maladie est rétabli.

Détermination du montant net de l'indemnité pécuniaire de maladie

Art. 10. Le montant net de l'indemnité pécuniaire de maladie s'établit en défalquant de l'indemnité pécuniaire de maladie brute les cotisations sociales et la retenue d'impôt.

a) cotisations sociales

L'employeur ou la caisse de maladie déduit du salaire brut les cotisations d'assurances sociales à charge de l'assuré, à savoir, les cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension et, le cas échéant, d'assurance supplémentaire.

Quant à la part patronale des cotisations d'assurances sociales, il est précisé que:

En ce qui concerne l'assurance maladie et l'assurance pension des ouvriers, la part patronale de la cotisation mensuelle est payée par l'employeur et par la caisse de maladie au prorata des journées ouvrées et des journées de maladie indemnisées.

En ce qui concerne l'assurance maladie et l'assurance pension des employés privés, la part patronale de la cotisation mensuelle, due pour un mois où il y a lieu à paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie et à paiement de salaire, est payée par la caisse de maladie et l'employeur au prorata des journées de maladie indemnisées par la caisse de maladie et des journées rémunérées. Il en est de même de l'assurance supplémentaire des employés techniques des mines du fond.

En ce qui concerne l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs, la part patronale de la cotisation mensuelle est payée au prorata par l'employeur pour les journées ouvrées et par la caisse de maladie pour les journées de maladie indemnisées.

En ce qui concerne l'assurance supplémentaire des ouvriers métallurgistes, la part patronale de la cotisation mensuelle est à charge de la caisse de maladie, si l'assuré n'a pas travaillé pendant un jour au cours d'un mois civil entier.

En ce qui concerne l'assurance supplémentaire des chauffeurs professionnels, la part patronale de la cotisation mensuelle est à charge de la caisse de maladie si l'assuré n'a pas réalisé pour cause de maladie une période de travail de six jours au cours d'un mois civil entier et à condition que le nombre des jours de travail et des jours indemnisés s'élève à six au moins; elle est à charge du patron dans le cas où l'assuré a travaillé pendant six jours au cours du mois civil.

b) retenue d'impôt

L'indemnité pécuniaire de maladie est soumise à l'impôt sur le revenu selon les dispositions légales en vigueur.

Formalités administratives

Déclarations de maladie survenue sur le territoire national

a) régime ouvrier

Art. 11. La déclaration de l'incapacité de travail doit se faire par un certificat médical établi au plus tard le deuxième jour consécutif de maladie.

A cette fin il est délivré aux assurés et aux médecins des imprimés à trois volets à remplir en due forme. Deux volets sont à remettre par l'assuré à l'employeur qui est tenu d'en adresser un à la caisse de maladie et de garder l'autre en vue de le transmettre à la caisse de maladie dès la reprise du travail. Le troisième volet comportant des renseignements médicaux est à adresser par l'assuré à la caisse de maladie. L'envoi des volets par l'assuré doit se faire dans le délai prévu à l'article 3, alinéa 1^{er}, sub b).

Si l'incapacité de travail ne s'étend que sur un seul jour ouvré le certificat médical n'est pas de rigueur, mais l'assuré doit informer la caisse de maladie de son incapacité de travail par l'envoi du premier volet, le jour même, le cachet de la poste faisant foi, sinon par tout autre moyen possible. La caisse de maladie peut exiger un certificat médical établi le premier jour dans le cas où elle le juge opportun.

En cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération au cours de l'incapacité de travail, l'employeur est tenu de remettre le relevé mentionné à l'article 12, alinéa 2.

b) régime employé

Art. 12. Afin de pouvoir être prise en considération par la caisse de maladie comme période utile donnant lieu à octroi éventuel d'une indemnité en espèces, l'incapacité de travail doit être constatée par un certificat médical établi au plus tard le quatrième jour d'absence. L'employé est tenu de remettre le certificat à son employeur qui de son côté est obligé d'y marquer la date d'entrée et de la garder à la disposition de la caisse de maladie pendant deux ans. La caisse de maladie peut exiger un certificat médical établi le premier jour dans le cas où elle le juge opportun.

L'employeur est tenu de remettre à la caisse de maladie pour le 1^{er} mars au plus tard un relevé indiquant individuellement pour chaque assuré, les débuts et fins des périodes d'absence pour cause de maladie au cours de l'exercice précédent, ainsi que le montant global touché par ces assurés à titre d'indemnité pécuniaire pendant les périodes d'incapacité de travail, sur formule à fournir par la caisse de maladie.

L'employeur est tenu d'informer par écrit la caisse de maladie compétente de l'incapacité de travail quinze jours avant la cessation du paiement de la rémunération en joignant le certificat médical.

L'assuré est tenu d'informer la caisse de maladie compétente trois jours avant la cessation du droit à la rémunération de son incapacité de travail persistante.

c) Disposition commune

Art. 13. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période escomptée la caisse de maladie doit en être informée par l'assuré par tout moyen possible le jour prévu pour la reprise du travail, sinon au moins le premier jour ouvrable qui suit le jour fixé pour la reprise du travail.

La déclaration de prolongation doit être appuyée par un certificat médical établi au plus tard le jour prévu pour la reprise du travail, sinon au moins le premier jour ouvrable qui suit le jour fixé pour la reprise du travail.

Déclarations de maladie survenue en-dehors du territoire national

Art. 14. En cas de maladie survenue pendant un séjour dans un Etat membre des Communautés Européennes autre que celui de sa résidence ou dans un Etat avec lequel le Grand-Duché a conclu une convention internationale de sécurité sociale, l'assuré doit s'adresser dans un délai de trois jours après le début de l'incapacité de travail à l'institution compétente du lieu de son séjour et se conformer aux formalités prévues par la caisse.

En cas de maladie survenue dans un Etat avec lequel le Grand-Duché, soit n'a pas conclu une convention internationale de sécurité sociale, soit a conclu une convention qui ne contient pas de dispositions afférentes à la déclaration de maladie, l'assuré doit informer l'employeur et la caisse de maladie dans les délais prévus à l'article 3, alinéa 1^{er} sub b) et accompagner sa déclaration d'un certificat médical, le cachet de la poste faisant foi.

Si l'incapacité de travail survenue en dehors du territoire national se prolonge au-delà de la période escomptée l'assuré est tenu d'en informer la caisse de maladie par un certificat médical établi au plus tard le jour prévu pour la reprise du travail et ce dans les délais prévus à l'article 3, alinéa 1^{er}, sub b), le cachet postal faisant foi.

Déclaration en cas d'incapacité de travail persistant au-delà de 26 semaines

Art. 15. En cas d'incapacité de travail persistant au-delà d'une durée totale de vingt-six semaines, la caisse de maladie est tenue d'en informer l'organe du régime de pension compétent et l'assuré, pour qu'il soit procédé à l'octroi éventuel d'une pension d'invalidité ou d'une allocation mensuelle, sauf disposition légale contraire, étant entendu que les périodes de maladie éventuelles du chef d'une même maladie pendant les cinquante-deux semaines précédentes sont mises en compte pour la computation de la durée de vingt-six semaines.

Si la date résultant de la computation rétroactive de cinquante-deux semaines coïncide avec une période d'incapacité de travail due à la même maladie, ladite période est mise en compte pour sa totalité.

B. Allocation ménagère et le pécule en cas d'hospitalisation

Bénéficiaires et conditions d'octroi

Art. 16. Il n'y a pas lieu à l'octroi de l'indemnité pécuniaire tant qu'est accordé l'entretien à l'hôpital (art. 9, C.A.S.).

En cas de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie par suite d'hospitalisation de l'assuré, les personnes coassurées en vertu de l'article 2 du code des assurances sociales auront droit à une allocation ménagère à condition qu'elles fassent normalement partie du ménage de l'assuré.

Si aucune allocation ménagère n'est due, l'assuré hospitalisé a droit à un pécule.

Si l'assuré doit faire face à une obligation alimentaire, ce pécule est augmenté jusqu'à concurrence de cette obligation sans toutefois pouvoir dépasser le montant de l'allocation ménagère.

Art. 17. L'allocation ménagère et le pécule ne sont pas payés en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération au cours de l'incapacité de travail.

Détermination du montant net

Art. 18. L'allocation ménagère est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie pendant les dix premiers jours ouvrés de l'hospitalisation; elle est de quatre-vingt-cinq pour cent du montant semi-net de cette indemnité à partir du onzième jour ouvré et au plus jusqu'à l'achèvement de cinquante-deux semaines à compter du début de l'incapacité de travail.

L'allocation ménagère non réduite n'est payée pour une même maladie que pour dix jours ouvrés quel que soit le nombre d'hospitalisations pendant cinquante-deux semaines.

Art. 19. Le pécule par jour ouvré correspond à un tiers du montant semi-net de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Retenue d'impôt

Art. 20. La retenue d'impôt à opérer sur l'allocation ménagère et le pécule d'hospitalisation se fait sur la prestation calculée comme ci-dessus .

Début et fin

Art. 21. L'allocation ménagère et le pécule d'hospitalisation sont dus à partir du premier jour ouvré. Au début de chaque période d'hospitalisation, les périodes d'incapacité de travail ou d'hospitalisation éventuelles du chef d'une même maladie pendant les cinquante-deux semaines précédentes sont mises en compte pour la computation de la durée maximum de cinquante-deux semaines.

Si la date résultant de la computation rétroactive de cinquante-deux semaines coïncide avec une période d'incapacité de travail due à la même maladie, ladite période est mise en compte pour sa totalité.

Formalité administrative

Art. 22. L'établissement hospitalier est tenu d'informer sans délai la caisse de maladie compétente du début et de la fin de l'hospitalisation.

C. Indemnité pécuniaire de maternité

Bénéficiaires et conditions d'octroi

Art. 23. L'indemnité pécuniaire de maternité est due aux assurées obligatoires à l'exclusion des personnes assurées en tant que bénéficiaires d'une pension ou d'une rente.

Art. 24. L'indemnité pécuniaire de maternité est due, à condition:

- 1) que l'assurée ait été affiliée à un ou plusieurs régimes d'assurance maladie pendant au moins six mois dans l'année immédiatement antérieure à l'accouchement;
- 2) que l'assurée ait cessé le travail;
- 3) que l'assurée ne touche point de rémunérations pendant le congé de maternité.

Détermination du montant net

Art. 25. L'indemnité pécuniaire de maternité brute est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie brute.

Le montant net de l'indemnité pécuniaire de maternité s'établit en défalquant de l'indemnité pécuniaire de maternité brute les cotisations sociales et la retenue d'impôt.

a) cotisations sociales

La caisse de maladie déduit du salaire brut les cotisations d'assurances sociales à charge de l'assurée, à savoir:

les cotisations d'assurance maladie, d'assurance pension et, le cas échéant, d'assurance supplémentaire.

b) retenue d'impôt

L'indemnité pécuniaire de maternité est soumise à l'impôt sur le revenu selon les dispositions légales en vigueur.

Début et fin

Art. 26. L'indemnité pécuniaire de maternité est servie pendant le congé de maternité.

Elle continue à être servie en cas de maladie tant que le délai légal pour son octroi n'est pas expiré.

Pour avoir force probante, le certificat médical ne peut remonter à plus de dix semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

Le congé supplémentaire en cas d'allaitement ne donne lieu à prestations que sur le vu d'un certificat médical établi au plus tôt le troisième jour qui suit l'expiration du congé postnatal ordinaire.

Remboursement

Art. 27. Le remboursement de l'indemnité pécuniaire de maternité est effectué trimestriellement par l'organisme désigné par le Gouvernement comme compétent budgétairement sur base d'états établis par le comité central des caisses de maladie et approuvés par le ministre du travail et de la sécurité sociale.

D. Indemnité pécuniaire en cas de résiliation du contrat de travail

a) régime ouvrier

Art. 28. En cas de maladie pendant la période devant normalement donner lieu au paiement de l'indemnité compensatoire de résiliation couvrant le délai de préavis, le droit aux indemnités pécuniaires prend naissance le premier jour ouvré de l'incapacité de travail et court pendant les cinquante-deux semaines consécutives.

Toutefois, les indemnités ne sont pas payées tant que l'employeur se conforme à ses obligations; à défaut par l'employeur de ce faire au moins jusqu'à concurrence des indemnités pécuniaires, la caisse de maladie est tenue jusqu'à ce montant, sauf son recours contre l'employeur.

b) régime employé

Art. 29. Sans préjudice des dispositions légales régissant le statut des fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que des employés publics, le droit au paiement des indemnités pécuniaires, en cas de résiliation du contrat de travail par l'employeur après le délai pendant lequel son droit de résiliation et de dénonciation était suspendu, court à partir du premier jour pour lequel aucune rémunération n'est plus due jusqu'à l'expiration de la cinquante-deuxième semaine de calendrier à compter à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail.

Art. 30. Les indemnités pécuniaires se déterminent sur base de la moyenne des salaires promérités pendant les trois mois précédant le mois de départ de l'entreprise.

E. Indemnité pécuniaire en cas de suspension du contrat de travail

Art. 31. L'indemnité pécuniaire de maladie est due en cas de survenance d'une maladie comportant une incapacité de travail pendant la suspension du contrat de travail pour cause de congé non payé, à condition que celui-ci ne dépasse pas quinze jours et qu'il ait été accordé par l'employeur préalablement au départ. Dans ce cas l'indemnité pécuniaire n'est payée qu'à partir du premier jour ouvré qui suit l'expiration du congé non payé.

F. Indemnité funéraire

Détermination du montant de l'indemnité funéraire

Art. 32. En cas de décès de l'assuré ou d'un coassuré, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à sept mille francs, valeur au nombre de l'indice pondéré du coût de la vie au premier janvier 1948. Ce montant sera adapté aux variations de ce coût dans la mesure et suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'Etat. Il pourra être modifié par règlement grand-ducal sur avis obligatoire du conseil d'Etat pour tenir compte des modifications de prix non prévus à l'indice officiel sans que l'indemnité puisse dépasser la somme de dix mille francs nombre-indice 100 (art. 14 C.A.S.).

S'il s'agit d'enfants âgés de moins de six ans accomplis ou d'enfants morts-nés, il ne sera alloué que respectivement la moitié ou le cinquième de l'indemnité funéraire prévue.

Détermination des frais funéraires

Art. 33. Sont considérés comme frais funéraires les frais concernant

- le cercueil et le décor funéraire d'usage (chapelle ardente, gerbe)
- une couronne de fleurs
- le transport du cercueil et des fleurs
- l'ouverture et la fermeture de la tombe
- l'inhumation religieuse et le service funèbre

- l'incinération
- les avis mortuaires d'usage publiés dans la presse
- les frais et taxes communaux.

Bénéficiaires et conditions d'octroi

Art. 34. L'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui s'est chargée des funérailles. Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit: au conjoint, aux enfants, au père, à la mère, aux frères et soeurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment de son décès (art. 14, C.A.S.).

Section 3. — Indemnités pécuniaires en cas d'accident du travail

Art. 35. Les indemnités pécuniaires attribuées en cas d'incapacité de travail totale imputable à un accident du travail s'établissent selon les dispositions régissant actuellement l'assurance-accidents industrielle, à savoir:

1° Pour la période d'incapacité de travail totale, une indemnité pécuniaire brute correspondant à l'indemnité pécuniaire de maladie brute déterminée conformément à l'article 8 des statuts est payée au blessé par la caisse de maladie compétente pour compte de l'association d'assurance contre les accidents, section industrielle, à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail jusqu'à l'expiration de la treizième semaine consécutive à l'accident au plus tard (art. 97, C.A.S.).

Pour la détermination du montant net de l'indemnité pécuniaire l'article 10 est applicable.

2° En cas d'hospitalisation de l'assuré, ses ayants droit touchent pendant les trois premières semaines consécutives à l'accident l'indemnité pécuniaire prévue au point 1° ci-dessus (art. 107, C.A.S.).

A partir de la quatrième semaine d'hospitalisation les ayants droit touchent une allocation ménagère égale aux rentes qui leur seraient dues en cas de décès.

L'association d'assurance contre les accidents, section industrielle, communique le montant brut afférent à la caisse de maladie sur sa demande.

Le montant net de l'allocation ménagère dû à partir de la quatrième semaine se détermine en défalquant du montant brut les cotisations pour l'assurance maladie et l'assurance pension à charge de l'assuré.

Si les prestations prévues ci-dessus ne sont pas dues, l'assuré hospitalisé a droit à deux tiers du montant semi-net de l'indemnité pécuniaire pendant les trois premières semaines consécutives à l'accident et à un quart du montant semi-net de cette indemnité à partir de la quatrième semaine. Les prestations ainsi déterminées sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Les prestations prévues par le présent article sont suspendues, sauf insolvabilité du débiteur, pendant les treize premières semaines jusqu'à concurrence du traitement dû à l'assuré du chef de l'occupation qu'il exerçait au moment de l'accident, tant que ce salaire reste dû en son intégralité (art. 97, C.A.S.).

Section 4. — Indemnités pécuniaires en cas de chômage

Art. 36. En cas de maladie et en cas d'hospitalisation les bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet n'ont pas droit aux indemnités en espèces, le droit à l'indemnité de chômage complet étant maintenu.

Les assurés qui cessent d'être membres d'une caisse de maladie en cas de chômage involontaire sans avoir droit à une indemnité de chômage complet mais qui ont été affiliés pendant les six semaines précédant immédiatement la fin de l'affiliation, conservent le droit aux prestations en espèces sous condition qu'ils résident dans le pays, sans préjudice des dispositions des conventions internationales de sécurité sociale conclues par le Grand-Duché. Le montant de référence servant de base au calcul des prestations en cas de maladie et d'hospitalisation est constitué par le montant de l'indemnité

de chômage complet à laquelle les assurés auraient droit si les conditions de stage prévues par la loi du 30 juin 1976 portant création d'un fonds de chômage et réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet étaient remplies.

Art. 37. Les prestations en espèces versées en cas de maladie et d'hospitalisation aux chômeurs involontaires visés à l'alinéa 2 de l'article 36 ci-dessus sont soumises aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires.

Section 5. — *Dispositions communes relatives à la liquidation des indemnités pécuniaires*

Dispositions spéciales au régime ouvrier

Déclarations

Art. 38. L'employeur est tenu de fournir à la caisse de maladie dans un délai de trois jours ouvrables à partir de la déclaration de maladie de l'assuré et moyennant une formule dûment remplie et signée les données nécessaires au calcul des indemnités pécuniaires.

Art. 39. Si l'incapacité de travail s'étend au-delà du mois de calendrier de la survenance de la maladie, l'employeur est tenu d'informer dans les trois premiers jours ouvrables de chaque mois subséquent la caisse de maladie sur les données salariales, fiscales et d'horaire de travail de l'assuré.

Paiements et décomptes

Art. 40. L'employeur paye pour compte de la caisse de maladie les indemnités pécuniaires dues en cas de maladie ou d'accident professionnel, relatives aux journées d'absence se situant dans le mois de calendrier de la survenance de l'incapacité de travail, dans la mesure où l'établissement du salaire de référence ne nécessite que l'intervention d'un seul employeur et qu'il n'y a pas lieu à hospitalisation. L'obligation prévue par la phrase précédente n'incombe qu'à l'employeur occupant au moins vingt salariés.

L'employeur doit être informé au plus tard le huitième jour de l'entrée de la déclaration d'absence à la caisse de maladie, si celle-ci conteste l'obligation de prise en charge.

Le comité central de l'union des caisses de maladie établit des directives à observer par les employeurs qui désirent conclure avec les caisses de maladie des accords relatifs au paiement des indemnités pécuniaires de maladie pendant la période d'incapacité de travail.

Périodicité des paiements

Art. 41. Le paiement se fait post numerando deux fois par mois, sauf dispositions légales, conventionnelles ou d'usage contraires.

De l'accord de la caisse de maladie de l'assuré, d'une part, et de l'employeur, d'autre part, le paiement peut se faire mensuellement.

Rectifications du décompte

Art. 42. Si la caisse de maladie a versé une indemnité supérieure à celle légalement due, elle doit demander le redressement à l'employeur dans un délai de deux mois, le tout sans préjudice des cas de mauvaise foi, de déclaration incomplète ou inexacte avec ou sans intention frauduleuse.

Si l'employeur a versé une indemnité supérieure la caisse de maladie a la faculté de redresser le décompte des indemnités pécuniaires de maladie dans un délai de deux mois au plus à partir de la réception du décompte par la caisse de maladie.

Dispositions communes aux régimes ouvrier et employé

Modalités de paiement

Art. 43. Le paiement de toutes les indemnités liquidées par la caisse de maladie se fait post numerando par virement bancaire ou sur compte-chèque postal au gré des assurés et dans la mesure du possible aux échéances de paie en usage dans l'entreprise.

Déclarations à l'organisme de pension et à l'administration des contributions

Art. 44. Les déclarations aux organismes de pension des indemnités pécuniaires et des journées correspondantes sont faites par la caisse de maladie sans préjudice des attributions du centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale.

Art. 45. La déclaration et le versement de l'impôt retenu à l'administration des contributions se font selon les dispositions légales en vigueur.

En fin d'année, la caisse de maladie remet pour chaque assuré à l'administration des contributions un extrait de son compte des indemnités pécuniaires imposables.

En outre, la caisse de maladie remet à l'assuré, sur demande, un certificat indiquant les indemnités pécuniaires et la retenue d'impôt opérée.

Une convention passée avec l'administration des contributions peut prévoir une réglementation différente de celle prévue par les deux alinéas qui précèdent.

Compensation entre pension d'invalidité et indemnité pécuniaire de maladie

Art. 46. La pension d'invalidité due à un bénéficiaire de pension pour des périodes indemnisées par la caisse de maladie est payée à cette dernière à titre de compensation.

Il en est de même en cas d'hospitalisation.

Art. 47. La pension d'invalidité allouée en cas d'invalidité permanente court à partir du premier jour de l'invalidité constatée, sauf dispositions légales contraires. Si l'assuré a également droit à une indemnité pécuniaire de maladie, la pension due pour les périodes indemnisées par la caisse de maladie sera payée à cette dernière à titre de compensation.

Lorsque la pension est plus élevée que l'indemnité pécuniaire de maladie, la caisse de maladie verse, à charge de l'assurance-invalidité, la différence à l'assuré (art. 209, C.A.S., art. 72 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés).

Art. 48. L'allocation mensuelle, due conformément à l'article 189 du code des assurances sociales et à l'article 33 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés à un assuré qui est encore incapable de travailler pour cause de maladie après avoir obtenu une indemnité pécuniaire de maladie pour une durée totale de vingt-six semaines, est payée à charge de l'assurance-vieillesse et invalidité à la caisse de maladie à titre de compensation.

Lorsque cette allocation est plus élevée que l'indemnité pécuniaire de maladie, la caisse de maladie verse la différence à l'assuré.

Section 6. — Refus d'octroi des indemnités pécuniaires

Art. 49. Les indemnités pécuniaires sont refusées en tout lorsque l'assuré:

- a) a porté préjudice à la caisse de maladie par un acte susceptible d'entraîner la perte des droits civils, sans que la déchéance de ce chef puisse dépasser un an à compter du jour de l'infraction ;
- b) s'est attiré une maladie intentionnellement ou par participation ou provocation coupables à des rixes ou à des bagarres, pour la durée de cette maladie.

Les indemnités pécuniaires sont refusées en partie lorsque l'assuré:

s'est soustrait sans motif valable aux mesures de surveillance ou d'ordre prescrites par la caisse de maladie nonobstant un avertissement écrit concernant cette sanction.

Art. 50. En cas de contestation entre l'assurance-accidents et l'assurance maladie sur la prise en charge d'une rechute, la caisse de maladie est tenue de faire l'avance des indemnités pécuniaires dans la mesure des prestations éventuelles rédues par l'assurance-accidents dans les limites des prestations de l'assurance maladie.

Art. 51. Suivant des directives à établir par le comité central de l'union des caisses de maladie les indemnités pécuniaires peuvent être refusées par le comité directeur en tout ou en partie pendant les premiers six mois pour les maladies ayant existé avant l'affiliation à la caisse de maladie.

Section 7. — Cessibilité et saisissabilité des indemnités pécuniaires

Art. 52. L'indemnité pécuniaire de maladie et l'indemnité pécuniaire de maternité ont le caractère d'une rémunération aux fins de la loi du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes.

Section 8. — Impôt sur le total des salaires

Art. 53. Les prestations en espèces visées par les présents statuts ne sont pas imposables au titre de l'impôt sur le total des salaires.

Section 9. — Recours des caisses de maladie contre l'employeur

Art. 54. Lorsqu'en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie d'un assuré l'employeur ne se conforme pas aux obligations légales ou conventionnelles relatives à la conservation de la rémunération, la caisse de maladie compétente a un droit de recours contre l'employeur jusqu'à concurrence des indemnités pécuniaires payées.

Sous-chapitre II. — Les prestations en nature

Section 1^{re}. — Généralités

Objet

Art. 55. L'assurance a pour objet des prestations en nature uniformes pour toutes les caisses de maladie dans une mesure suffisante et appropriée en cas de maladie et de maternité (art. 6 et 8, C.A.S.).

Art. 56. Les prestations en nature comprennent:

- 1° les soins médicaux
- 2° les soins médico-dentaires
- 3° les frais de voyage et de transport
- 4° les frais pharmaceutiques
- 5° les forfaits chirurgicaux et forfaits d'anesthésie
- 6° les moyens curatifs et adjuvants
- 7° les examens et traitements radiologiques et le traitement électro-physical *)
- 8° les frais d'hospitalisation
- 9° les frais de maternité.

Début et fin

Art. 57. Les prestations en nature sont accordées dès le début de la maladie sans limitation de durée et tant que subsiste l'affiliation.

Toutefois pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation le droit aux prestations en nature est maintenu pendant vingt-six semaines (art. 20, C.A.S.).

Selon les directives à établir par le comité central de l'union des caisses de maladie le comité directeur de la caisse de maladie refuse les prestations en tout ou en partie pendant les premiers six mois pour les maladies ayant existé avant l'affiliation à la caisse de maladie. Toutefois les prestations en nature ne peuvent être refusées si l'assuré a été affilié au cours de l'année antérieure à l'affiliation nouvelle à un ou plusieurs régimes d'assurance maladie pendant vingt-six semaines au moins. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'assurance maladie accomplies sous la législation de tout Etat avec lequel le Grand-Duché est lié par les règlements communautaires ou a conclu une convention en matière de sécurité sociale.

*) les examens de radiodiagnostic et les traitements par radiothérapie et radio-éléments en source scellée et non scellée.

Les prestations en nature sont également dues pendant la suspension du contrat de travail pour cause de congé non payé, à condition que celui-ci ne dépasse pas quinze jours et qu'il ait été accordé par l'employeur préalablement au départ.

Bénéficiaires

Art. 58. Les prestations en nature sont accordées aux assurés visés par l'article 1^{er} du code des assurances sociales et par l'article 1^{er} de la loi modifiée du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés ainsi qu'aux coassurés spécifiés à l'article 2 du code des assurances sociales. Il en est de même des personnes bénéficiant d'un maintien des droits ou de l'assurance continuée en application des articles 20 et 35 du code des assurances sociales.

Les assurés ont le droit de s'adresser au médecin, au médecin-dentiste, au pharmacien, à l'hôpital, à l'auxiliaire médical ou aux autres fournisseurs de leur choix (art. 60, C.A.S.).

Ils ne peuvent se faire traiter à l'étranger que du consentement de leur caisse de maladie, à moins qu'il ne s'agisse des premiers soins en cas d'accident ou de maladie survenus à l'étranger (art. 60, C.A.S.).

Le consentement de la caisse de maladie pour les consultations à l'étranger est subordonné à la production d'un avis motivé du médecin traitant.

Le consentement de la caisse de maladie pour le traitement médical à l'étranger ou pour des prestations au Luxembourg par un professeur d'université ou un médecin y assimilé est subordonné à la production d'un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré recommandant le traitement à l'étranger et à l'avis conforme du médecin-conseil qui pourra s'entourer de l'avis d'un médecin spécialiste.

Le consentement de la caisse de maladie ne peut être refusé si le traitement n'est pas possible au Grand-Duché.

Le comité central établira une liste des traitements qui ne sont pas possibles au Grand-Duché.

Les assurés frontaliers et leurs coassurés obtiennent des prestations dans leur pays de résidence moyennant inscription sur présentation de la formule E 106 prévue par les règlements communautaires.

L'assuré frontalier auquel les règlements communautaires sont applicables et ses coassurés peuvent également obtenir des prestations au Grand-Duché. Toutefois le bénéfice de ces prestations est, en ce qui concerne les coassurés, sauf en cas d'urgence, subordonné à un accord entre les autorités compétentes des Etats intéressés ou, à défaut, à l'autorisation préalable de la caisse de maladie compétente (art. 20, règlement 1408/71).

Les remboursements des prestations en faveur des frontaliers belges travaillant au Grand-Duché de Luxembourg ont lieu sur la base des tarifs appliqués par les caisses de maladie luxembourgeoises conformément aux dispositions de la convention belgo-luxembourgeoise du 16 novembre 1959 dans la mesure où elle est maintenue en vigueur à l'annexe II du règlement 1408/71 des CE.

Section 2. — Les différentes prestations

Soins médicaux et médico-dentaires

Art. 59. Les actes et fournitures médicaux et médico-dentaires autres que ceux visés plus particulièrement ci-dessous, dispensés par des médecins ou médecins-dentistes liés par des conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales, sont pris en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans ces conventions ou sentences en tenant lieu. En cas de différenciation de ces tarifs en fonction du revenu des assurés, la prise en charge se fait aux taux les moins élevés (art. 1^{er}, R 31.12.1974).

Art. 60. Pour les visites médicales, autres que celles prestées à l'occasion d'une hospitalisation au sens de l'article 9 du code des assurances sociales, il est déduit des taux de prise en charge prévus à

l'article 59 ci-dessus un découvert correspondant à vingt pour cent du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien sans que cette participation ne puisse se répéter à charge de l'assuré dans un délai de vingt-huit jours commençant à courir à partir de la date de la visite grevée de participation (art. 2, R 31.12.1974).

Si les honoraires demandés à l'étranger sont moins élevés qu'au Grand-Duché de Luxembourg la participation de l'assuré est limitée à vingt pour cent de ces honoraires.

Sauf autorisation préalable ou justification admise par la caisse de maladie compétente ne sont prises en charge plus d'une consultation ou visite par vingt-quatre heures ni plus de deux consultations ou visites dans un délai de sept jours (art. 2, R 31.12.1974).

L'alinéa qui précède ne vise pas les consultations ou visites faites par des médecins spécialistes de disciplines différentes dans le même délai de vingt-quatre heures.

La prise en charge de plus de dix consultations ou visites par cas de maladie ainsi que la prise en charge du changement répété du médecin pour le traitement d'un même cas de maladie, sauf dans des cas d'urgence, peuvent être soumises à autorisation préalable.

Art. 61. Les consultations données et les visites faites au Luxembourg par un professeur d'université titulaire de chaire ou chargé de cours rattachés à un institut universitaire ou un médecin étranger y assimilé sont prises en charge après accord du médecin-conseil qui s'est entouré de l'avis d'un médecin spécialiste dans les limites d'un tarif de responsabilité à établir par le comité central qui peut en outre déterminer la fréquence de telles consultations ou visites (art. 3, R 31.12.1974).

Les traitements médicaux et médico-dentaires dûment autorisés qui ne peuvent être dispensés au Grand-Duché sont pris en charge intégralement aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger, sans prise en considération des participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte, le cas échéant, par application des dispositions des règlements communautaires ou des conventions bi- ou multilatérales (art. 3, R 31.12.1974).

Par traitements au sens de l'alinéa précédent il y a lieu d'entendre

- 1) les interventions majeures sur le système cardio-vasculaire
- 2) la mise en place d'un stimulateur cardiaque comprenant le coût de l'intervention et celui de l'appareil
- 3) les interventions majeures en matière de neuro-chirurgie
- 4) la transplantation d'un organe
- 5) les soins aux victimes de brûlures provoquées par des agents physiques ou chimiques à condition qu'ils nécessitent une hospitalisation dans un centre spécialisé
- 6) les interventions qui ne peuvent être réalisées dans des conditions normales au Grand-Duché, le médecin-conseil entendu en son avis.

Frais de voyage et de transport

a) à l'intérieur du pays

Art. 62. Les assurés se voient rembourser, sur demande, les frais de voyage qu'ils sont amenés à exposer pour atteindre le médecin et le médecin-dentiste les plus proches de leur domicile suivant le tarif applicable de deuxième classe des chemins de fer luxembourgeois et le tarif des services d'autobus concessionnés, pour autant que le déplacement dépasse la distance de dix kilomètres (aller-retour). Il en est de même des frais de voyage à l'hôpital ou la clinique, le cas échéant, au centre hospitalier ou le centre hospitalier spécialisé le plus proche de leur domicile.

Les frais de voyage exposés en cas de convocation au contrôle médical sont pris en charge suivant les tarifs ci-dessus.

Sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du médecin-conseil, le comité directeur de la caisse de maladie peut autoriser le remboursement des frais de voyage d'une personne accompagnante suivant les tarifs ci-dessus.

Un certificat médical n'est pas requis, s'il s'agit d'un enfant de moins de quatorze ans.

Art. 63. Les frais de transport en ambulance à l'hôpital ou la clinique, et le cas échéant, au centre hospitalier ou au centre hospitalier spécialisé le plus proche du domicile du malade sont à charge de la caisse de maladie sur la base du tarif officiel sur présentation d'un certificat médical dûment motivé. Cette disposition vaut également en cas d'accouchement pathologique.

Sur production d'un certificat médical dûment motivé le transport de retour en ambulance ou en taxi de l'hôpital à la demeure de l'affilié est à charge de la caisse de maladie.

b) à l'étranger

Art. 64. En cas de consultation, de traitement ou d'hospitalisation à l'étranger dûment autorisés conformément à l'article 58 les frais de voyage sont à charge de la caisse de maladie sur la base du tarif de deuxième classe des chemins de fer jusqu'au centre universitaire spécialisé le plus proche.

En cas d'application de l'article 61, alinéa 2, le comité directeur peut autoriser sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis favorable du médecin-conseil la prise en charge des frais de voyage sur la base du tarif de deuxième classe des chemins de fer jusqu'à une distance maximum de quatre cents kilomètres.

Sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du médecin-conseil, le comité directeur de la caisse de maladie peut autoriser le remboursement des frais de voyage d'une personne accompagnante suivant les tarifs ci-dessus. *)

Art. 65. Sur présentation d'un certificat médical dûment motivé, les frais de transport en ambulance dans une clinique universitaire spécialisée ou assimilée à l'étranger sont à charge de la caisse de maladie pour une distance maximum de quatre cents kilomètres sur la base du tarif officiel, dans la mesure où ils ne sont pas remboursés par un tiers.

En cas de transfert dans une clinique luxembourgeoise lors d'une maladie ou d'un accident survenus à l'étranger, les frais de transport en ambulance sont à charge de la caisse de maladie pour une distance maximum de quatre cents kilomètres sur la base du tarif officiel et sur le vu d'un certificat médical dûment motivé, dans la mesure où ils ne sont pas remboursés par un tiers.

Frais pharmaceutiques

Art. 66. La prise en charge des médicaments se fait uniquement sur prescription médicale.

Pour la détermination de la prise en charge, seuls les médicaments admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg sont pris en considération, ainsi que ceux prescrits à l'occasion d'un traitement à l'étranger (art. 5, R 31.12.1974).

Art. 67. Ne sont pas pris en charge les spécialités pharmaceutiques relevant d'une des catégories suivantes:

- a) les produits faisant l'objet d'une publicité auprès du public;
- b) les produits diététiques et de régime, sans préjudice de la prise en considération pour la fixation du forfait d'accouchement;
- c) les reconstituants (fortifiants), y compris les médicaments à base de vitamines. Ne sont pas considérés comme reconstituants les vitamines liposolubles, les vitamines du complexe B, les vitamines sous forme injectable, les produits ne contenant que du calcium ou un sel ferreux, ainsi que les anabolisants qui ne contiennent qu'un seul principe actif.

*) Les frais de voyage d'une personne adulte accompagnant à l'étranger un enfant de moins de quatorze ans qui doit y subir un traitement pour lequel intervient le fonds des gros risques, sont à charge de celui-ci dans la mesure où l'accompagnement de cette personne est jugée indispensable par le médecin traitant étranger (art. 13, R. 15.7.1975).

Dans des cas exceptionnels les frais de voyage exposés pour l'accompagnement d'une personne âgée de plus de quatorze ans peuvent être pris en charge pour compte du fonds des gros risques (art. 13, R 15.7.1975).

Les spécialités visées ci-dessus sont marquées d'un astérisque par le ministre de la santé publique sur les listes publiées périodiquement en exécution de la loi du 23 mai 1958 portant réglementation générale de la vente, du débit et de la publicité des spécialités pharmaceutiques dans le Grand-Duché de Luxembourg (art. 6, R 31.12.1974).

Art. 68. Sont pris en charge, soit partiellement, soit intégralement sur base des prix fixés conformément à l'alinéa 5 de l'article 60 du code des assurances sociales, les médicaments et spécialités pharmaceutiques autres que ceux visés à l'article 67 ci-dessus et pour autant qu'ils sont dispensés dans des conditions autres que celles déterminées à l'article 69 ci-dessous. Dans le cadre de la présente disposition la prise en charge se fait suivant un taux dit normal ou suivant un taux dit préférentiel.

a) *taux normal:*

Le taux normal est de quatre-vingt-cinq pour cent des prix visés ci-dessus.

b) *taux préférentiel:*

Le taux préférentiel est de cent pour cent des prix visés ci-dessus et s'applique à des médicaments et spécialités à indication thérapeutique précise, ne contenant, en général, qu'une seule matière active et étant, en principe, destinés à combattre des maladies de longue durée.

Ces médicaments et spécialités doivent correspondre aux groupes suivants: antiarythmiques, anticancéreux, anticonvulsivants de synthèse, antidiabétiques, antihypertensifs, antiparkinsoniens, coagulants et anticoagulants, glucosides cardiothoniques, hormones thyroïdiennes, myocardiotropes et vasodilatateurs coronariens, sérums, tuberculostatique.

Ces spécialités pharmaceutiques sont marquées de deux astérisques par le ministre de la santé publique sur les listes visées à l'article 67 ci-dessus (art. 6, R 31.12.1974).

Art. 69. Sont pris en charge intégralement, sur base des prix fixés conformément à l'alinéa 5 de l'article 60 du code des assurances sociales, les médicaments et spécialités pharmaceutiques autres que ceux visés par l'article 67 et conditionnés, par une hospitalisation conformément aux dispositions de l'article 9 du code des assurances sociales. En cas de simple hébergement la prise en charge se fait aux conditions et taux prévus à l'article 68.

Art. 70. Le comité central arrête, après avis du pharmacien-inspecteur du ministère de la santé publique, les conditions et modalités dans lesquelles des malades peuvent, en cas de longue maladie, bénéficier du taux de prise en charge préférentiel pour des médicaments et spécialités relevant d'indications thérapeutiques autres que celles énumérées au point b) de l'article 68.

Art. 71. Toute prescription médicale peut être répétée suivant le nombre de fois inscrit sur l'ordonnance du médecin traitant.

Toutefois le remboursement des ordonnances médicales indiquant plus de deux répétitions est soumise à l'autorisation préalable du médecin-conseil sur demande de la caisse de maladie.

L'indication « à répéter » ne justifie qu'une seule répétition.

Art. 72. Les surtaxes sur les ordonnances dont l'urgence n'est pas certifiée par le médecin traitant, restent exclusivement à charge de l'assuré.

Art. 73. Le comité central arrête, après avis du pharmacien-inspecteur du ministère de la santé publique, des directives au sujet de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques ou de moyens accessoires, compte tenu notamment de leur conditionnement, de leur prix et de leur valeur thérapeutique.

Forfaits chirurgicaux et forfaits d'anesthésie

Art. 74. Les forfaits chirurgicaux et forfaits d'anesthésie sont à charge de la caisse de maladie jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

Moyens curatifs et adjuvants

Art. 75. Les moyens curatifs et adjuvants comprennent:

- a) les prothèses dentaires et le traitement orthodontique
 - b) les lunettes et autres aides visuelles
 - c) les analyses et examens de laboratoire
 - d) les baxters sanguins
 - e) les prestations des paramédicaux
 - f) les dialyses rénales
 - g) les autres prothèses
 - h) les autres moyens accessoires
 - i) les cures de convalescence et cures thermales
- Ils sont pris en charge dans les limites fixées ci-après.

a) Prothèses dentaires et traitement orthodontique

Art. 76. Les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de quatre-vingts pour cent des tarifs visés par l'article 59 sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent de ces tarifs (art. 4, R 31.12.1974).

La participation personnelle résultant de l'alinéa 1^{er} n'est pas mise en compte pour ceux des assurés qui justifient qu'eux-mêmes, et, s'il échet, leurs coassurés ont consulté annuellement pendant deux ans au moins le médecin-dentiste à titre préventif (art. 4, R 31.12.1974).

Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge dans les conditions de l'alinéa 1^{er} ci-dessus que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par un homme de l'art à désigner par le comité central ou si le coefficient masticatoire est inférieur à cinquante pour cent.

Les métaux précieux contenus dans les prothèses dentaires ne sont pas pris en charge (art. 4, R 31.12.1974).

Les prothèses conjointes pour plus de deux dents ne sont prises en charge que sur avis du médecin-dentiste-conseil après examen radiographique préalable constatant la présence de piliers garantissant une stabilité suffisante et à condition que le nombre de dents manquantes entre deux piliers ne soit pas supérieur à quatre. Elles ne sont renouvelées que par périodes de quinze ans, sauf sur proposition du médecin traitant et avis conforme du médecin-dentiste-conseil.

Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les cinq ans.

Dans des cas exceptionnels notamment en cas d'accident ou en cas d'indication médicale les délais de renouvellement peuvent être réduits par le comité directeur sur avis du médecin-dentiste-conseil

Art. 77. La prise en charge du traitement orthodontique ne se fait qu'une seule fois. Il ne peut se faire que sur autorisation et sous contrôle continu du médecin-dentiste-conseil.

La liquidation des frais de traitement orthodontique ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

b) Lunettes et autres aides visuelles

Art. 78. Les lunettes et autres aides visuelles sont à charge de la caisse de maladie jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences et tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

L'ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour:

- 1) les prothèses de contact
- 2) le premier oeil artificiel
- 3) les verres incassables ou teintés.

La caisse de maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une monture tous les deux ans, sauf en cas de changement de dioptrie.

Les verres cassés par un fait accidentel sont pris en charge par la caisse de maladie jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu.

Pour les opérés de la cataracte, la location des montures et des verres est prise en charge jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu.

Pour les enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans la prise en charge des lunettes ne se fait que sur ordonnance médicale et sans délai de renouvellement.

Le délai de renouvellement est

- 1) de quatre ans pour les prothèses de contact
- 2) d'un an pour l'œil artificiel en émail
- 3) de trois ans pour l'œil artificiel en matière plastique, toutefois pour les enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans, ce délai est fixé à deux ans.

c) Analyses et examens de laboratoire

Art. 79. Les analyses et examens de laboratoire sont pris en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales, à condition de faire l'objet d'une ordonnance médicale.

d) Baxters sanguins

Art. 80. Les baxters fournis par la Croix Rouge Luxembourgeoise sont pris en charge sur la base des prix convenus avec celle-ci.

e) Prestations des paramédicaux

Art. 81. Les prestations des paramédicaux sont prises en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales, à condition de faire l'objet d'une ordonnance médicale.

f) Dialyses rénales

Art. 82. Les dialyses rénales sont prises en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

g) Autres prothèses

Art. 83. Les prothèses orthopédiques, (bras — main — jambe — pied) sont prises en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales, ou, à défaut de tels tarifs, aux prix convenus par les orthopédistes et l'association d'assurance contre les accidents.

En cas de besoin professionnel l'assuré a droit sur avis du médecin conseil à deux prothèses de membre, l'une étant destinée spécifiquement à l'usage professionnel, l'autre à l'usage privé.

Art. 84. Les pièces de rechange des prothèses de membre sont à charge de l'assuré, si elles n'excèdent pas cinquante francs, valeur au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

Le délai de renouvellement des prothèses est de cinq ans, sauf exception en ce qui concerne les cas d'usure anormale, dont le bénéficiaire n'a pas à répondre ainsi que les personnes en croissance.

Les frais de réparation des prothèses sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales ou, à défaut de tels tarifs, aux prix convenus par les orthopédistes et l'association d'assurance contre les accidents.

Art. 85. Les prothèses auditives prescrites par le médecin spécialiste sont prises en charge jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

Les frais de réparation ne sont pris en charge qu'en cas d'usure normale, constatée le cas échéant par les services audiométrique et orthophonique de l'Etat et jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent du prix d'acquisition de la prothèse pendant la durée du terme de renouvellement de celle-ci.

A défaut de convention, les tarifs jusqu'à concurrence desquelles les prothèses auditives sont prises en charge, sont fixés annuellement par le comité central de l'union des caisses de maladie, sur proposition des services audiométrique et orthophonique et sur la base des prix, par catégorie, des modèles déposés au centre d'audioprothèses des services audiométrique et orthophonique et agréés par le comité central de l'union des caisses de maladie.

Le délai de renouvellement est de cinq ans. Pour les enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans, le délai de renouvellement est de trois ans. Les délais de renouvellement peuvent être réduits si les données audiométriques changent fondamentalement.

La prothèse auditive n'est prise en charge que sur avis conforme du centre d'audioprothèse des services audiométrique et orthophonique et dans les conditions établies par ceux-ci et approuvées par le comité central.

Les frais de fonctionnement sont à charge de l'assuré.

Art. 86. Les prothèses mammaires sont prises en charge au tarif de responsabilité fixé par le comité central.

Le délai de renouvellement pour les prothèses mammaires est d'un an.

h) Autres moyens accessoires

Art. 87. La première paire de chaussures orthopédiques est prise en charge sur présentation d'un certificat d'un médecin orthopédiste jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales ou, à défaut de tels tarifs aux prix convenus par les orthopédistes et l'association d'assurance contre les accidents.

Le ressemelage est à charge de l'assuré.

Le délai de renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques est d'un an, sauf en ce qui concerne les personnes en croissance.

Le renouvellement endéans le délai d'un an d'une paire de chaussures orthopédiques est subordonné à la production d'un certificat d'un médecin spécialiste en orthopédie.

En cas de besoin professionnel, l'assuré a droit sur avis du médecin conseil à deux paires de chaussures orthopédiques, l'une étant destinée spécifiquement à l'usage professionnel, l'autre à l'usage privé.

Art. 88. Les petits moyens accessoires prescrits par le médecin tels que les bandages herniaires, les bas à varice, les bas à varice sur mesure présentant une couture médiane, les semelles orthopédiques, les bandes élastiques à visée compressive, les genouillères et les chevillères sont pris en charge aux prix fixés par le ministre de la santé publique ou, à défaut de tels tarifs aux taux des tarifs de responsabilité fixés par le comité central de l'union des caisses de maladie.

Le délai de renouvellement est d'un an, sauf pour les bas à varice sur mesure et les bandes élastiques à visée compressive, pour lesquels deux unités sont prises en charge par an.

Les semelles orthopédiques sont prises en charge suivant la nécessité.

Les semelles orthopédiques sur mesure sont prises en charge sur ordonnance d'un médecin spécialiste en la matière*).

Les ceintures prescrites par le médecin traitant et autorisées par le médecin conseil sont prises en charge jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales ou, à défaut de tels tarifs, aux prix convenus par les orthopédistes et l'association d'assurance contre les accidents.

Les ceintures abdominales ne sont prises en charge que s'il est établi que le bénéficiaire présente une ptose rénale, une ptose abdominale généralisée, une éventration de la paroi abdominale ou une hernie ombilicale importante.

*) à savoir, les spécialistes en rhumatologie, en orthopédie et en traumatologie.

Les perruques sont prises en charge sur ordonnance médicale et sur avis conforme du médecin-conseil jusqu'à concurrence du tarif de responsabilité fixé par le comité central et dans le délai de renouvellement arrêté par ce dernier.

Ne donnent pas lieu à remboursement les bandages ne figurant pas au tarif officiel des médicaments, ainsi que les accessoires tels que vessies à glace, irrigateurs (douches), poires à lavement, thermomètres, bassins de lit, coussins à air, rein au chaud.

Les articles ci-dessus sont énumérés à titre exemplatif et pourront être complétés en cas de besoin par le comité central.

Art. 89. Les grands moyens accessoires prescrits par le médecin traitant et autorisés par le médecin conseil sont pris en charge aux taux des tarifs fixés par le ministre de la santé publique et suivant les délais de renouvellement prévus par l'annexe II.

A défaut de tarification le comité central détermine la prise en charge.

i) Cures de convalescence et cures thermales

Art. 90. La cure dans un établissement de convalescence après une grande intervention chirurgicale, après une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave est à charge de la caisse de maladie sur demande circonstanciée du médecin traitant et avis favorable du médecin-conseil jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

La cure de convalescence ne peut dépasser vingt-et-un jours par cas.

Art. 91. Les cures thermales et hydrothérapiques sont à charge de la caisse de maladie sur demande circonstanciée du médecin traitant et sur avis favorable du médecin conseil jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

Si le tarif conventionnel n'englobe que le traitement, la pension est prise en charge jusqu'à concurrence de la moitié du taux du tarif minimum prévu pour la prise en charge de la pension en cas d'hospitalisation dans le pays.

Les cures thermales et hydrothérapiques ne pouvant être suivies au Grand-Duché en raison des soins spécifiques requis sont prises en charge à condition qu'elles aient lieu dans un établissement agréé qui se trouve dans un Etat avec lequel le Grand-Duché est lié par les règlements communautaires, ou a conclu une convention en matière d'assurance maladie aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. Les frais de séjour non compris dans le tarif sont pris en charge dans les limites prévues à l'alinéa précédent.

Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

Les cures thermales et hydrothérapiques sont limitées à trois par cas sauf autorisation spéciale du comité directeur à accorder sur avis du médecin-conseil et, en cas de litige, sur avis conforme d'une commission ad hoc. Cette commission fonctionne auprès du service du contrôle médical et se compose de trois membres médecins et de deux membres à désigner par le comité central.

Toute demande d'autorisation pour une cure à l'étranger est à introduire quatre mois à l'avance auprès de la caisse de maladie compétente qui est tenue de la transmettre sans délai à la commission ad hoc.

Les cures ne peuvent dépasser vingt-et-un jours par an. Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas remboursables.

*Frais connexes aux examens et traitements radiologiques et au traitement électro-physical *)*

Art. 92. Les frais de location des appareils ainsi que les matières fournies à l'occasion d'un examen de radiodiagnostic et d'un traitement par radiothérapie et radioéléments en source scellée et non

*) à l'examen et au traitement radiologique et au traitement par radiothérapie et radioéléments en source scellée et non scellée.

scellée sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales.

Frais d'hospitalisation (pension)

Art. 93. La pension dans les hôpitaux et sanatoria est prise en charge aux taux des tarifs et suivant les modalités fixés dans les conventions ou sentences en tenant lieu conformément à l'article 308bis du code des assurances sociales. En cas de différenciation des tarifs de pension en fonction de classes d'hospitalisation, la prise en charge se fait aux taux des tarifs minima. Toutefois dans le système actuel des trois classes d'hospitalisation, la prise en charge de la pension se fait sur la base du tarif conventionnel de la chambre occupée par le malade sans pouvoir dépasser le tarif conventionnel d'une chambre de deuxième classe à deux lits.

Art. 94. L'hospitalisation accompagnant les traitements médicaux et médico-dentaires qui ne peuvent être dispensés au Grand-Duché de Luxembourg conformément aux dispositions de l'article 61 des présents statuts est prise en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger, sans prise en considération des participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte, le cas échéant, par application des dispositions des règlements communautaires ou des conventions bi- ou multilatérales*).

Les frais de séjour d'un assuré qui est obligé de suivre à l'étranger un traitement ambulatoire dûment autorisé qui ne peut être dispensé au Grand-Duché sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger.

Les prestations de maternité

Art. 95. Les assurées et coassurées qui ont été soumises à un ou plusieurs régimes d'assurance maladie pendant au moins six mois dans les douze mois immédiatement antérieurs à l'accouchement bénéficient des prestations de maternité. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'assurance maladie accomplies sous la législation de tout Etat avec lequel le Grand-Duché est lié par les règlements communautaires ou a conclu une convention en matière de sécurité sociale.

Art. 96. Les prestations de maternité comprennent les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour nécessaire dans une maison de maternité ou clinique, l'indemnité pour salle d'accouchement, les analyses et radios, les fournitures pharmaceutiques et les produits diététiques pour nourrissons.

Art. 97. Ces prestations sont couvertes par des sommes forfaitaires qui sont fixées par un règlement d'administration publique pour un accouchement normal simple, normal double ou normal triple.

Ces sommes forfaitaires couvrent les prestations prévues à l'article 96 ci-dessus et sont destinées à les régler conformément aux tarifs conventionnels arrêtés entre l'union des caisses de maladie, d'une part, et les fournisseurs de soins de santé, d'autre part.

La différence entre le montant du forfait et les tarifs visés à l'alinéa qui précède concerne le remboursement forfaitaire pour produits diététiques pour nourrissons.

Si l'assurée ou la coassurée n'a pas bénéficié de toutes les prestations prévues à l'article 96, ou si elle n'a pas payé les fournisseurs de soins de santé, le versement de la somme forfaitaire se fait de façon fractionnée à qui de droit.

*) Les frais de séjour d'une personne adulte accompagnant à l'étranger un enfant de moins de quatorze ans, qui doit y subir un traitement pour lequel intervient le fonds des gros risques, sont à charge de celui-ci dans la mesure où la présence de cette personne est jugée indispensable par le médecin traitant étranger (art. 13, R 15.7.1975).

Dans des cas exceptionnels les frais de séjour exposés pour l'accompagnement d'une personne âgée de plus de quatorze ans peuvent être pris en charge pour compte du fonds des gros risques (art. 13, R 15.7.1975).

Dispositions communes

Art. 98. La prise en charge des actes, fournitures et services qui ne font pas l'objet d'une convention en application de l'article 308bis du code des assurances sociales est déterminée provisoirement par le comité central de l'union des caisses de maladie par analogie à des prestations comparables.

Art. 99. Les prestations figurant à l'annexe I sont soumises à autorisation préalable du médecin-conseil.

Les délais de renouvellement des moyens curatifs et adjuvants sont fixés à l'annexe II. Le comité central peut fixer des délais de renouvellement pour des moyens curatifs et adjuvants non repris à cette annexe.

Art. 100. Les prestations sont arrondies au franc supérieur.

Art. 101. Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par l'affilié.

Carnet médical

Art. 102. Toutes les prescriptions médicales de fournitures ou de soins sont à inscrire dans un carnet d'ordonnances individuel sauf si le comité central en décide autrement.

Sous-chapitre III. — Dispositions communes

Art. 103. Les prestations de maladie et de maternité sont refusées:

- 1° aussi longtemps que l'ayant droit se trouve en état de détention
- 2° pour les ayants droit qui se rendent volontairement à l'étranger sans le consentement du comité directeur, aussi longtemps que dure ce séjour sans l'autorisation susvisée;
- 3° pour les assurés étrangers, aussi longtemps qu'ils sont expulsés du territoire.

Toutefois les prestations dues aux coassurés doivent être allouées.

Les dispositions de l'alinéa 1^{er}, 1°, 2°, et 3° du présent article sont applicables dans les mêmes conditions aux prestations médicales, pharmaceutiques ou de maternité allouées aux coassurés.

ANNEXE I

Prestations soumises à l'autorisation préalable du médecin-conseil

A. Soins médicaux

— Traitement à l'étranger, à moins qu'il ne s'agisse des premiers soins en cas d'accident ou de maladie survenus à l'étranger (art. 58).

— Plus d'une consultation ou visite par vingt-quatre heures, sauf si l'assuré a consulté deux médecins spécialistes exerçant des spécialités différentes.

— Plus de deux consultations ou visites dans un délai de sept jour (art. 60).

— Plus de dix consultations ou visites par cas de maladie sur demande de la caisse de maladie (art. 60).

— Changement répété du médecin pour le traitement d'un même cas de maladie, sur demande de la caisse de maladie, sauf en cas d'urgence (art. 60).

— Toutes les prestations concernant le « radiodiagnostic », la « radiothérapie », et l'application « radium », sur demande de la caisse.

— Opérations plastiques non en rapport avec un accident.

— Psychothérapie.

— Traction vertébrale.

— Traitement parallèle.

B. Frais de voyage et de transport

- Transfert en ambulance, sauf en cas d'urgence.
- Voyage à l'étranger.
- Voyage d'une personne accompagnant un malade qui ne peut voyager seul, sauf s'il s'agit d'un enfant de moins de quatorze ans.

C. Frais pharmaceutiques

- Prise en charge d'ordonnances médicales indiquant plus de deux répétitions sur demande de la caisse de maladie (art. 71).
- Prise en charge de certaines spécialités à déterminer en exécution de l'article 73.
- Prise en charge des médicaments coûteux définis comme tels par l'inspection des pharmacies.
- Prise en charge d'un médicament dont le prix dépasse le montant de 4.000,— Fr., si la caisse de maladie le demande.
- Prise en charge de médicaments dans des quantités dépassant le profil normal du traitement sur demande de la caisse de maladie.
- Prise en charge des laits médicamenteux.
- Prise en charge des antiovlatoires.

D. Moyens curatifs et adjuvants

- Traitement orthodontique et prothèses dentaires (art. 77).
- Prothèses de contact (art. 78).
- Prestations des paramédicaux: toutes les prestations de physiothérapie sur demande de la caisse de maladie.
- Autres prothèses: Prothèses de marche.
- Autres moyens accessoires: ceintures, bandages herniaires, attelles de nuit, « Kniestreifenbandage », corsets orthopédiques (lombostat, appareil orthopédique « genou valgum », chaussures orthopédiques, sauf en cas de renouvellement, cannes, béquilles, bas à varices sur mesure à couture médiane, perruques.
- Cures: Cures de convalescence (art. 90).
- Cures thermales et hydrothérapiques (art. 91).
- Plus de trois cures thermales et hydrothérapiques par cas (nécessite en outre l'autorisation du comité directeur).

E. Frais d'hospitalisation

- Traitement et hospitalisation à l'étranger sauf les premiers soins en cas d'accident ou de maladie.
- Traitement et hospitalisation dans un centre spécialisé à l'étranger, sauf les premiers soins en cas d'accident ou de maladie.
- Séjour et prestations dans
 - 1) un sanatorium
 - 2) un établissement psychiatrique (sauf en cas d'urgence).

ANNEXE II

Délais de renouvellement des moyens curatifs et adjuvants

Appareil auditif	5 ans, sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans pour lesquels ce délai est de 3 ans.
Appareil d'inhalation	prestation unique

Appareil d'aérosol	prestation unique
Appareil d'inhalateur d'oxygène	prestation unique ou en location
Appareil de marche	prestation unique
Attelle de nuit (la pièce)	2 ans
Bande élastique à visée compressive	2 unités par an
Bandage pour hernie, (ombilicale, inguinale unilatérale, inguinale bilatérale, scrotale)	1 an, sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans pour lesquels ce délai est de 6 mois
Bas à varices	1 unité par an
Bas à varices sur mesure	2 unités par an (6 mois)
Bas de moignon	2 unités par an (6 mois)
Béquilles réglables (la paire)	5 ans
Canne avec embout	5 ans
Canule parlante	3 ans
Ceintures abdominales sur mesure	2 ans, sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 36 mois pour lesquels ce délai est de 6 mois et pour les enfants de 3 à 14 ans pour lesquels ce délai est d'un an
Chaise roulante	prestation unique, sauf en cas d'usure normale
Chevillère	1 an
Corset orthopédique	
— sur mesure (lombostat)	3 ans, sauf pour les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans pour lesquels ce délai est d'un an
— sur moulage en plâtre (sur ordonnance par un médecin spécialiste en orthopédie)	5 ans, sauf pour les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans ce délai est d'un an
Genouillère (la pièce)	1 an
Lunettes (monture)	2 ans, sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans pour lesquels aucun délai n'est prévu
Minerve cervicale (en moltoprène, en plastique, avec corset thoracique)	1 an
Oeil artificiel	
— en émail	1 an
— en matière plastique	3 ans, sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans pour lesquels ce délai est de 2 ans
Prothèses pour anus artificiel	
a) appareil classique	1 an
sachets de rechange (selon besoin)	

b) appareil à sachets autocollants	1 an
ceinture de fixation	
sachets auto-collants (selon besoin)	4 ans
Prothèse de contact	4 ans
Prothèse dentaire	
— conjointe	15 ans
— adjointe	5 ans
Prothèses mammaires	1 an
Prothèse de membre	5 ans, sauf en ce qui concerne les enfants en croissance et sauf justification
Prothèse parlante	5 ans
Semelles orthopédiques (simple, sur mesure, d'après empreinte photographique ou suivant moulage)	1 an, sauf en ce qui concerne les enfants en croissance et sauf justification
Seringue automatique	2 ans
Serre-poignet	1 an
Souliers orthopédiques	1 an, sauf en ce qui concerne les enfants en croissance et sauf justification
Urinal	
a) en cas d'incontinence	1 an
b) en cas de cystostomie-urétérostomie	
— sachets auto-collants (selon besoin)	
Perruques	3 ans, sauf décision contraire du comité central