

MEMORIAL

Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL

Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A—N° 79

1^{er} septembre 1994

Sommaire

STATUTS DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

Texte coordonné des statuts de l'Union des Caisses de Maladie page **1420**

STATUTS DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

(Texte coordonné applicable au 1^{er} septembre 1994.)

Première partie — LES SOINS DE SANTE

Titre 1. — Généralités

Chapitre 1. — *Champ d'application personnel*

Section 1. — *Ayants droit*

Art. 1^{er}. Les présents statuts s'appliquent aux personnes bénéficiant de l'assurance maladie-maternité instituée par le livre premier du code des assurances sociales. Dans la suite les ayants droit sont dénommés par les termes «personnes protégées».

L'assuré frontalier et les coassurés auxquels les règlements communautaires ou des conventions bi-ou multilatérales sont applicables, peuvent obtenir les prestations au Grand-Duché dans les mêmes conditions que celles appliquées aux personnes protégées résidentes au Grand-Duché.

Section 2. — *Prestataires de soins et fournisseurs*

Art. 2. Dans le cadre de l'assurance maladie et sans préjudice des dispositions légales, réglementaires et statutaires éventuellement plus restrictives, la personne protégée a le droit de s'adresser pour l'obtention des prestations de soins de santé et fournitures aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Pour les fournitures autres que celles délivrées sur base des conventions susvisées, les fournisseurs autorisés sont agréés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur

Art. 3. Le libre choix des prestataires de soins et des fournisseurs parmi ceux visés à l'article 2 ci-dessus est garanti aux personnes protégées, ce sans préjudice des restrictions prévues aux articles 4, 5 et 6 suivants.

Art. 4. La délivrance de soins ou de fournitures par un prestataire, un fournisseur ou un hôpital déterminé dans le cadre des services de garde, d'urgence ou de remplacement officiels n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins ou fournisseur de leur choix.

Art. 5. Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un hôpital comporte pendant le séjour à l'hôpital acceptation des prestataires employés ou agréés par l'hôpital et n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins par la personne protégée.

Art. 6. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par l'article 32, pris en exécution de l'article 23, alinéa 2 du code des assurances sociales et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Prestations reçues dans les établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 7. Sauf dérogation expresse, les prestations et fournitures délivrées ou prescrites par des prestataires ou fournisseurs exclus du champ d'application des conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les prestations délivrées par des prestataires salariés des établissements du secteur extra-hospitalier à des personnes protégées séjournant dans ces établissements ne sont pas opposables à l'assurance maladie à moins qu'une convention conclue conformément à l'article 61 du code des assurances sociales ne le prévoie expressément.

Il en est de même des prestations et prescriptions médicales réalisées ou ordonnées dans le cadre de la médecine du travail par des médecins pour le compte du personnel d'une entreprise ou d'une institution privée ou publique.

Chapitre 2. — *Champ d'application temporel*

Art. 8. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. Toutefois pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pendant trois mois supplémentaires.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice des dispositions finales de l'alinéa premier du présent article, la personne protégée doit faire parvenir au contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du contrôle médical datant d'au moins trente jours avant la cessation du droit aux prestations.

Chapitre 3. — *Devoirs généraux imposés à la personne protégée pour l'obtention des prestations*

Carte d'assuré

Art. 9. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est strictement personnelle et elle reste la propriété de l'institution émettrice. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci à la fin de l'affiliation.

La carte doit être présentée à tout prestataire de soins ou fournisseur pour toute sollicitation de prestations ou de fournitures à charge de l'assurance maladie.

Les prestataires de soins et les fournisseurs sont en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte lorsque celui-ci ne leur est pas personnellement connu.

Sans préjudice d'autres sanctions portées par les présents statuts en cas d'utilisation non conforme de la carte d'assuré, toute personne ne se soumettant pas aux prescriptions prévues par les présents statuts au moment de la délivrance des prestations ou des fournitures est exclue du bénéfice de la prise en charge de ces prestations par la voie du tiers payant.

Les cartes d'assuré signalées par le centre commun de la sécurité sociale comme périmées peuvent être saisies et retenues par tout prestataire de soins à qui ce service peut être demandé par l'assurance maladie.

En cas d'utilisation abusive de la carte, les détenteurs de la carte sont passibles des sanctions civiles et pénales prévues par les lois, les règlements et les présents statuts. Il en est de même des personnes ayant toléré sciemment une utilisation par autrui de leur carte d'assuré personnelle.

En cas de perte de la carte d'assuré, l'assuré doit s'adresser à sa caisse de maladie pour demander une nouvelle carte.

Opposabilité des conventions

Art. 10. Les prestations et fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrées aux personnes protégées dans les limites et suivant les modalités prévues par les conventions conclues sur base des articles 61 et 75 du code des assurances sociales entre l'union des caisses de maladie et les groupements professionnels représentatifs des prestataires des soins de santé et des fournisseurs.

Les obligations conventionnelles auxquelles sont tenus les prestataires de soins et fournisseurs peuvent leur être opposées individuellement par les personnes protégées dans l'exercice des droits qui sont dévolus à celles-ci dans le cadre des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie.

Pareillement les personnes protégées sont assujetties au respect des devoirs qui leur sont imposés dans le cadre de l'exécution des conventions prévisées, conclues avec les prestataires de soins et fournisseurs.

Recensement de données nominatives

Art. 11. Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les prestations et fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou de demander à l'assurance maladie le remboursement des frais avancés pour les prestations et fournitures par la remise d'ordonnances, factures et mémoires d'honoraires, implique acceptation par la personne protégée de l'incorporation des données nominatives figurant sur ces documents dans le système informatique exploité par l'assurance maladie et le contrôle médical dans le cadre de leurs missions légales.

Chapitre 4. — *Champ d'application matériel*

Section 1. — *Délimitation des prestations*

Art. 12. Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du code des assurances sociales et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic exclus de la prise en charge.

Dans le cadre des présents statuts les termes «assurance maladie» comprennent également l'assurance contre les accidents.

Prestations non prévues par les nomenclatures

Art. 13. Lorsqu'une personne protégée demande pour soi l'application d'un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du contrôle médical ou un acte qui n'est pas prévu par la nomenclature, elle est en droit de demander au prestataire l'application de la procédure y relative prévue par les conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et les groupements professionnels des prestataires et fournisseurs.

La personne protégée qui, nonobstant la décision définitive de l'assurance maladie notifiant le refus du contrôle médical de prendre en charge une prestation ou une fourniture, demande néanmoins sa délivrance, a droit, dans le cadre des obligations conventionnelles applicables, à la communication préalable par le prestataire de soins ou par le fournisseur, du tarif appliqué par celui-ci ou, s'il s'agit de fournitures matérielles, d'un devis définitif ainsi qu'à une information sur d'éventuels frais accessoires s'y rapportant.

Section 2. — Conditions de forme imposées pour l'obtention des prestations

Ordonnances médicales

Art. 14. Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance, ce sans préjudice toutefois des particularités prévues à ce sujet par les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel les prestations et fournitures doivent être délivrées. A défaut d'indication à ce sujet, les ordonnances cessent d'être opposables à l'assurance maladie dans les délais fixés dans les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Propriété et détention de l'ordonnance

Art. 15. L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée tant que celle-ci ne s'en dessaisit pas pour obtenir la prise en charge des prestations ou fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou pour obtenir le remboursement de la part supportée par l'assurance maladie après que la personne protégée en ait fait l'avance des frais.

Les prestataires ont le droit d'exiger l'ordonnance au début des prestations et de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

La personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance à tout moment contre paiement des prestations effectivement délivrées.

Prescriptions à titre préventif

Art. 16. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du code des assurances sociales, les médicaments, pansements et autres fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie si, par leur prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance, le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou, s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Est visée notamment la prescription de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousse d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention «PREVENTIF».

Autorisations préalables du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 17. Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à autorisation préalable du contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, la personne protégée est en droit d'être informée par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du contrôle médical, celui-ci en refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

Procédure d'autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 18. Dans tous les cas le contrôle médical peut être saisi directement des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par la personne protégée, soit par le prestataire.

Sauf les exceptions expressément prévues par les présents statuts en cas d'urgence, les autorisations doivent toujours être sollicitées par écrit et par une remise au contrôle médical d'une ordonnance médicale motivée.

Les ordonnances spécifient s'il s'agit de prestations urgentes. Le cas échéant, le médecin-prescripteur indique une date limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces et rapports permettant au contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande.

Les originaux des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le contrôle médical au médecin-prescripteur ou à la personne protégée, selon le cas.

Les décisions ou les avis du contrôle médical sont notifiés à la personne protégée par l'union des caisses de maladie ou la caisse compétente, suivant le cas.

En cas de refus d'un traitement une copie de la décision est envoyée au médecin-prescripteur.

Art. 19. Les décisions négatives du contrôle médical au sujet des demandes d'autorisation sont notifiées à qui de droit d'après les modalités prévues au code des assurances sociales.

Lorsque le contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire mais en faisant connaître ses désirs ou exigences. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation, mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse de la personne protégée.

Chapitre 5. — Systèmes de prise en charge

Remboursement des prestations et fournitures en dehors du tiers payant

Art. 20. Sauf le cas où la loi ou les conventions conclues en vertu de l'article 61 du code des assurances sociales comportent un mode de paiement prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie de l'intégralité ou d'une partie des frais, il appartient à la personne protégée de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse de maladie compétente dans le délai prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie des fractionnements des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

Prise en charge directe par le système du tiers payant

Art. 21. Dans les cas où la loi, les règlements ou les conventions prévues à l'article 61 du code des assurances sociales le prévoient, la part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par la voie du tiers payant.

Dans le cadre de ce système il appartient à la personne protégée de régler au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à sa charge personnelle.

Conditions d'application du système du tiers payant dans le secteur extra-hospitalier

Art. 22. Les prestations de soins de santé ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire, etc.

Les fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant que si au moment de leur délivrance la carte d'assuré de la personne protégée, dont le numéro matricule a été inscrit par le médecin-prescripteur sur l'ordonnance, est présentée ensemble avec l'ordonnance au fournisseur et que la correspondance de ces pièces a été vérifiée par celui-ci.

Dans les cas prévus par les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales, les factures se rapportant à des prestations prises en charge intégralement par la voie du tiers payant dans le cadre du secteur extra-hospitalier ne sont opposables à l'assurance maladie que si, par sa signature apposée sur la facture ou l'ordonnance, la personne protégée ou son représentant certifie la réception des prestations ou des fournitures y visées.

Chapitre 6. — Prestations à l'étranger

Conditions générales

Art. 23. Les prestations de soins de santé délivrées à l'étranger aux personnes protégées sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions établies par les présents statuts et, le cas échéant, d'après les dispositions prévues par les instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale comprenant l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et maladies professionnels, auxquels le Luxembourg est lié.

Sauf les prestations urgentes devenues immédiatement nécessaires en cas de maladie ou d'accident lors d'un séjour temporaire à l'étranger, la prise en charge des prestations délivrées à l'étranger doit être couverte par une autorisation donnée par le contrôle médical suivant les modalités prévues par les présents statuts et, au cas où il s'agit de prestations délivrées dans un pays lié au Luxembourg par un des instruments visés à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, dans la forme et d'après les modalités prévues par ces instruments.

En aucun cas le montant pris en charge ne peut dépasser le montant des frais exposés.

Prestations urgentes en cas de maladie ou d'accident dans un pays non lié au Luxembourg par un instrument bi-ou multilatéral

Art. 24. Les personnes protégées dont l'état de santé vient à nécessiter en raison d'une maladie ou d'un accident des prestations en nature immédiatement nécessaires au cours d'un séjour sur le territoire d'un pays qui n'est pas lié au Luxembourg par un instrument comprenant l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et maladies professionnels, ces prestations sont prises en charge d'après la législation luxembourgeoise, ce à condition que les tarifs appliqués au Luxembourg couvrent la situation visée. L'alinéa final de l'article 26 est applicable pour la prise en charge du traitement en milieu hospitalier.

Sont exclus du champ d'application de la présente disposition le traitement à l'étranger de pathologies préexistantes à moins que leur traitement ne devienne immédiatement nécessaire en raison de l'occurrence d'un fait médical imprévisible, ainsi que les accouchements survenant à l'étranger après le huitième mois de la grossesse.

Dans les cas prévus à l'alinéa premier, l'assurance maladie participe au rapatriement d'une personne protégée immobilisée vers un hôpital de la région de sa résidence, ce dans les limites de l'article 29.

Prestations à l'étranger en cas de traitement ou de consultation autorisés

Art. 25. Le transfert à l'étranger pour l'obtention d'actes, services et fournitures à charge de l'assurance maladie ne peut en aucun cas concerner des prestations en rapport avec une affection ou un traitement exclus de la prise en charge conformément à l'article 12.

Sous réserve des restrictions prévues à l'article 12, la prise en charge des prestations dont la délivrance n'est pas possible au Luxembourg ne peut être refusée.

Le transfert en milieu universitaire ou dans des institutions spécialisées à l'étranger, demandé conformément à l'article 27 pour les traitements et procédés de diagnostic complexes pour lesquels une qualité des soins suffisante ne peut être assurée au Luxembourg, est soumis à une autorisation préalable du contrôle médical.

Sauf dans les cas prévus à l'article 22, paragraphe 2 du règlement CEE 1408/71, aucun transfert pour l'obtention des prestations médicales suivantes à l'étranger ne peut être accordé:

- la lithotritie extracorporelle;
- le traitement en caisson hyperbare;
- les scintigraphies;
- le diagnostic par résonance magnétique nucléaire;
- le diagnostic par tomographe axial;
- les angiographies sélectives;
- la LDL-aphérèse.

Les traitements susvisés sont néanmoins pris en charge s'ils sont réalisés à l'étranger dans le cadre d'un traitement déterminé autorisé par le contrôle médical.

Art. 26. Les consultations et les traitements dûment autorisés par le contrôle médical sont pris en charge intégralement aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. Les participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte, le cas échéant, par application des règlements communautaires ou des conventions bi-ou multilatérales ne sont pas prises en considération si l'autorisation de prise en charge est documentée par le formulaire E112 ou analogue, établi antérieurement à l'intervention.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est effectuée sur base des tarifs applicables au Luxembourg, ou à défaut, sur base des tarifs fixés par le contrôle médical par analogie aux tarifs luxembourgeois.

En cas d'application de l'alinéa précédent, la prise en charge du traitement en milieu hospitalier est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation déterminé pour la période concernée. Le montant de la prise en charge des prestations est majoré de cent pour cent au cas où le traitement n'est pas possible dans un Etat qui est lié au Luxembourg par un instrument bi- ou multilatéral.

Art. 27. La prise en charge par l'assurance maladie des consultations visées à l'article précédent, est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin établi au Luxembourg. Si la demande concerne un transfert pour un traitement médical à l'étranger visé à l'article 25, la demande doit être produite par un spécialiste établi au Luxembourg dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas ou du domaine d'une discipline apparentée.

La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger ainsi que la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg.

Sous réserve de l'accomplissement des conditions prévues à l'article 25 l'autorisation de transfert peut également être obtenue sur demande d'un médecin-spécialiste étranger à la suite d'une consultation donnée par celui-ci sur autorisation préalable du contrôle médical.

Séjour et accompagnement à l'étranger

Art. 28. Les frais de séjour d'une personne protégée qui est obligée de suivre à l'étranger un traitement ambulatoire dûment autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif ils sont pris en charge par journée entière suivant le forfait de séjour pris en charge en cas de cure thermique au Luxembourg.

Sur demande expresse et autorisation préalable du contrôle médical les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger qui doit y subir un traitement ou une consultation autorisés conformément à l'article précédent, sont à charge de l'assurance maladie dans les conditions de l'alinéa précédent et dans la mesure où la présence de cette personne est certifiée indispensable par le médecin traitant étranger. Une autorisation spéciale n'est pas requise lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge.

Frais de voyage à l'étranger

Art. 29. Outre les dispositions prévues à l'alinéa final de l'article 137, les frais de voyage à l'étranger sont remboursés en cas de consultation, de traitement ou d'hospitalisation à l'étranger préalablement autorisés par le contrôle médical dans les conditions de l'article 27.

Les frais de voyage sont pris en charge intégralement suivant le tarif normal applicable au jour du voyage et correspondant au prix du billet de deuxième classe des chemins de fer jusqu'à concurrence soit d'un montant maximum de six cents (600.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 pour l'aller et le retour, soit d'une distance à l'aller qui ne dépasse quatre cents kilomètres.

Le maximum ci-dessus est porté à trois mille six cents (3.600.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 en cas de traitement visé à l'article 26, alinéa 2 des statuts en dehors du continent européen.

Les frais de voyage d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour un traitement autorisé dans les conditions des articles 27 ou 28 sont pris en charge par l'assurance maladie dans les limites visées ci-dessus.

Cures à l'étranger

Art. 30. Sous condition d'être autorisées conformément à l'article 27, les cures ne pouvant être suivies au Luxembourg en raison des soins spécifiques requis, sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article 80 et à condition qu'elles aient lieu dans un établissement agréé qui se trouve dans un Etat avec lequel le Grand-Duché est lié par des instruments bi-ou multilatéraux comprenant l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et maladies professionnels, 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'article 79.

Toutefois, et par dérogation à l'article 79, alinéa 2, les frais de location d'un appartement peuvent être remboursés jusqu'à concurrence des forfaits visés à l'article 79 sur présentation du contrat de location dûment signé et daté et la quittance établie au nom du curiste s'y rapportant.

Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

Chapitre 7.- Consommation abusive de prestations de soins

Art. 31. Est considéré comme abus de consommation de prestations à charge de l'assurance maladie, le fait par la personne protégée

- a)- de se faire délivrer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le contrôle médical, des prestations de soins de santé ou des fournitures sur prescription d'un médecin que, en inobservation des prescriptions de l'article 37, elle a sciemment laissé dans l'ignorance des moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en oeuvre par d'autres médecins pour les mêmes troubles de la santé au cours des trois mois précédents;
- b)- de solliciter, sans justification admise par le contrôle médical, les services de plus de deux médecins différents de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois consécutifs;
- c)- de solliciter, sans justification admise par le contrôle médical, les services de plus de trois médecins différents de quelque discipline que ce soit dans un intervalle de trois mois. Les services des médecins-dentistes, des radiologues, des ophtalmologues et des médecins en anesthésie-réanimation ne sont pas pris en compte aux fins de la détermination du nombre de médecins sollicités;

- d)- de provoquer la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, de psychomotricité ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement dûment prescrit et autorisé;
- e)- de consulter un médecin à l'effet de se faire prescrire des médicaments non admis à la vente au Luxembourg et pour lesquels une indication thérapeutique spéciale ne peut être fournie au contrôle médical à la demande de celui-ci.

Sanctions de la consommation abusive de soins et de fournitures de santé à charge de l'assurance maladie

Art. 32. Les décisions portant constatation par le contrôle médical des abus visés à l'article précédent sont notifiées à la personne protégée dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le code des assurances sociales. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement application immédiate des sanctions prévues aux présents statuts par les instances compétentes.

Les sanctions sont pareillement appliquées en cas de jugement coulé en force de chose jugée confirmant les abus constatés.

Les sanctions sont les suivantes:

- a) Pour la première constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent il est prononcé un avertissement.
- b) Pour la deuxième constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent
 - la prise en charge des prestations et fournitures de même nature dont la délivrance injustifiée est obtenue par les faits visés à l'article 31, sous a) est refusée;
 - la prise en charge des honoraires des médecins sollicités en dernier lieu et par dépassement de la norme prévue par l'article 31, sous b) et c), ainsi que des prestations et fournitures prescrites par ces médecins est refusée;
 - dans le cas visé à l'article 31, sous d), la prise en charge des prestations prévues par l'ordonnance médicale se rapportant au traitement interrompu est refusée;
 - dans le cas de l'article 31, sous e), la prise en charge de la consultation du médecin est refusée.
- c) Dans le cas de récidive dans le délai de vingt-quatre mois à compter de la dernière décision coulée en force de chose jugée sanctionnant un des abus prévus sous a), b) et c) de l'article 31, la personne protégée est domiciliée temporairement auprès d'un médecin omnipraticien de son choix. Les services de médecins-spécialistes qu'elle sollicite durant cette période à charge de l'assurance maladie sont obtenus par un transfert du médecin généraliste.

Sauf le cas d'urgence les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en contravention aux dispositions visées sous c) ci-dessus ne donnent pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Dans les mêmes conditions et dans les cas visés à l'article 31, sous a) et e), la personne protégée peut également être domiciliée temporairement auprès d'un pharmacien de son choix.

La durée de la domiciliation est fixée par l'instance compétente en rapport avec l'importance des abus constatés. Elle ne peut excéder une période de deux ans. Elle peut toutefois être renouvelée pour la même durée maximale pour chaque récidive.

Art. 33. Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est refusée à titre de sanction font l'objet d'une communication à la personne protégée et aux médecins et prestataires intéressés.

Si à la découverte des faits ou si, au moment où la décision constatant l'abus est coulée en force de chose jugée, la prise en charge des prestations par l'assurance maladie est consommée, il naît en faveur de l'union des caisses de maladie à l'égard de la personne protégée et de sa succession une créance au sens de l'article 291 du code des assurances sociales jusqu'à concurrence des montants faisant l'objet des sanctions prévues à l'article 32.

Si la personne protégée ou sa succession ne s'acquittent pas des montants dans les trente jours de leur réclamation, l'union des caisses de maladie est en droit de procéder par compensation conformément à l'article 291 du code des assurances sociales, ce sans préjudice de son droit de recourir aux voies de recouvrement forcé prévues par le droit commun.

Titre 2. — Règles particulières pour l'obtention et la prise en charge des différentes catégories de prestations de soins de santé et de fournitures

Chapitre 1. — Soins médicaux

Exclusions

Art. 34. Sans préjudice d'autres exclusions de prise en charge prévues par les lois, règlements, conventions et les présents statuts, les soins médicaux dispensés par des médecins dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par la convention visée à l'article 61, sous 1) du code des assurances sociales, ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Taux de prise en charge

Art. 35. Les actes et services médicaux inscrits dans la nomenclature des actes médicaux sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales, applicables au moment de leur délivrance.

Pour les visites médicales il est déduit des taux de prise en charge visés à l'alinéa qui précède une participation de l'assuré s'élevant 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 de la date de la visite grevée de participation.

Les visites médicales non visées à l'alinéa qui précède et les consultations sont prises en charge à raison de quatre-vingt-quinze pour cent des tarifs fixés conformément à l'alinéa premier.

Toutefois, les consultations et visites en cas de traitement stationnaire en milieu hospitalier et celles visées par le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité, sont prises en charge intégralement.

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge sur base d'un tarif établi d'après la carte de distance officielle seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite. La présente disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel sont pris en charge intégralement.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

Limitation des prestations

Art. 36. Sauf autorisation préalable ou justification admise par le contrôle médical, ne sont prises en charge:

- plus d'une consultation ou visite normales de l'omnipraticien ou du médecin-spécialiste de la même discipline médicale par vingt-quatre heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence;
- plus de deux consultations ou visites normales de l'omnipraticien ou du médecin-spécialiste de la même discipline médicale par période de sept jours,
- plus de dix consultations ou visites normales de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans le délai de cinq mois, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Sauf indication médicale admise par le contrôle médical, il n'est pris en charge que trois échographies par cas de grossesse.

Les échographies du sein ne sont prises en charge que si elles constituent un examen complémentaire suite à une mammographie dont l'interprétation justifie une exploration supplémentaire par échographie.

Sauf indication médicale admise par le contrôle médical, les mammographies réalisées pour les personnes protégées des classes d'âge inscrites dans le programme officiel de dépistage précoce du cancer du sein, ne sont prises en charge que dans le cadre de ce programme.

Conditions et modalités particulières

Art. 37. La personne protégée est tenue d'indiquer au médecin qu'elle consulte si les troubles de la santé dont elle se plaint ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, tels analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. Elle doit indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés.

Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 161.

Convenance personnelle et dépassements de tarifs

Art. 38. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées ainsi que des dépassements de tarifs des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article 66, alinéa 2, sous 1) du code des assurances sociales, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Chapitre 2. — Soins de médecine dentaire

Taux de prise en charge

Art. 39. Au-delà d'un montant annuel de mille deux cents (1.200.-) francs intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales applicables au moment de leur délivrance.

Par dérogation à l'alinéa premier, les frais pour prothèses dentaires inscrites à la nomenclature prévue à l'article 65 du code des assurances sociales sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent de ces tarifs.

La participation personnelle résultant de l'alinéa précédent n'est pas mise en compte pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse.

La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

L'alinéa 5 de l'article 35 est applicable.

Limitation des prestations

Art. 40. Les anesthésies locales ou régionales ne sont à charge de l'assurance maladie qu'en cas d'extractions, de pulpectomies ou de chirurgie maxillo-buccale.

Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par le contrôle médical et si le coefficient masticatoire est inférieur à cinquante pour cent.

Les rebasages total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par période de 365 jours à partir du deuxième rebasage.

Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par période de 365 jours.

Autorisations préalables du contrôle médical

Art. 41. Dans les cas prévus par la nomenclature des actes des médecins-dentistes et la convention conclue avec le corps médico-dentaire, la prise en charge des prestations est soumise à présentation d'un devis préalable.

Délais de renouvellement des prothèses

Art. 42. Les prothèses conjointes ne sont renouvelées que par périodes de quinze ans, sauf sur proposition du médecin traitant et justification médicale reconnue par le contrôle médical.

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

Dans des cas exceptionnels, notamment en cas d'accident affectant la région buccale ou en cas de pathologie grave intercurrente, rendant impossible le port de la prothèse actuelle, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le contrôle médical.

Les traitements d'orthodontie

Art. 43. La prise en charge du traitement d'orthodontie ne se fait qu'une seule fois.

Le traitement d'orthodontie n'est pris en charge que s'il est fait sur autorisation préalable et sous surveillance du contrôle médical.

Le remboursement des frais du traitement d'orthodontie ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

Convenance personnelle et dépassement de tarifs

Art. 44. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées, des dépassements de tarifs des médecins et médecins-dentistes pour l'hospitalisation en première classe, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires, visés à l'article 66, alinéa 2 du code des assurances sociales, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Chapitre 3. — *Traitements des professionnels de santé autres que médecins*

Exclusions et limitations

Art. 45. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les soins dispensés par les prestataires visés par les conventions prévues à l'article 61, sous 3) du code des assurances sociales ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par ces conventions.

La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres que infirmiers au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

Indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires du prestataire

Art. 46. Des indemnités pour des contraintes extraordinaires ou pour perte d'honoraires peuvent être mises en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Art. 47. Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité.

Section 1.— Soins infirmiers

Taux de prise en charge

Art. 48. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des infirmiers sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales, applicables au moment de leur délivrance.

Limitation des prestations

Art. 49. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des infirmiers ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 50. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins d'infirmier doit être autorisée par le contrôle médical dans tous les cas prescrits par la nomenclature et lorsque les soins en série dépassent le nombre de huit par période de 365 jours.

Conditions et modalités particulières

Art. 51. Les articles de pansement, d'injection, de perfusion et le matériel nécessaire à la dispensation des soins infirmiers, à l'exception des médicaments et des fournitures déterminées par convention, sont mis à disposition de la personne protégée par le prestataire et pris en charge intégralement par l'assurance maladie d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 61 du code des assurances sociales, conclue entre l'union des caisses de maladie et les infirmiers.

Art. 52. ...abrogé

Art. 53. ...abrogé

Section 2.— Soins de kinésithérapie-massage

Taux de prise en charge

Art. 54. Le taux de prise en charge est de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales applicables au moment de leur délivrance pour les séances dépassant le nombre de huit par période de 365 jours. Les séances délivrées en milieu hospitalier stationnaire sont prises en charge à cent pour cent des tarifs prévus quel que soit le nombre de séances les ayant précédées.

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes ne répondant pas aux conditions de l'article précédent, ainsi que les actes inscrits dans la nomenclature sous les libellés et codes suivants: massage manuel (ZM1), massage sous l'eau et sous pression (ZM2), fango (ZM3), électrothérapie (ZM4), ultrasonothérapie (ZM5) et traitement par courants excito-moteurs par électrode mobile ou courant progressif (ZM6), sont pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent des tarifs susvisés, quel que soit le nombre de séances prescrites.

Limitations

Art. 56. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des masseurs-kinésithérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 57. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie la dispensation des soins de kinésithérapie ou de massages doit être autorisée par le contrôle médical lorsque les soins prescrits dépassent huit séances par période de 365 jours.

Art. 58. ...abrogé

Section 3.— Soins d'orthophonie

Taux de prise en charge

Art. 59. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des orthophonistes sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales, applicables au moment de leur délivrance.

Limitation des prestations

Art. 60. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations d'orthophonie ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trois mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 61. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins d'orthophonie doit être autorisée par le contrôle médical lorsque les soins prescrits dépassent huit séances ou actes professionnels par période de 365 jours.

Art. 62. Les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

Frais de déplacement

Art. 63. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins orthophoniques au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Section 4. — Soins de sage-femme

Taux de prise en charge

Art. 64. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie est de cent pour cent des tarifs susvisés pour les actes prévus par le règlement grand-ducal portant fixation du forfait d'accouchement en exécution de l'article 26 du code des assurances sociales.

Art. 65. Les actes inscrits dans la nomenclature des sages-femmes non prévus par le règlement susvisé sont pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales.

Limitation du nombre de prestations

Art. 66. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de sages-femmes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de l'émission de l'ordonnance.

Section 5. — Soins de psychomotricité

Taux de prise en charge

Art. 67. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychomotriciens, dûment autorisés préalablement par le contrôle médical, ainsi que les bilans, sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales.

Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de quatre-vingt pour cent pour les actes concernant la relaxation.

Limitation des prestations

Art. 68. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de psychomotricité ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trois mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

En cas de délais d'attente dépassant la durée de trois mois, certifiés par le prestataire, la disposition qui précède ne s'applique pas.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 69. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins de psychomotricité doit être autorisée par le contrôle médical.

Les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

Frais de déplacement

Art. 70. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Art. 71. ...abrogé

Chapitre 4. — Analyses et examens de laboratoire

Exclusions

Art. 72. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les prestations de laboratoire ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires non autorisés par les différentes nomenclatures, ou non couvertes par les conventions visées à l'article 61 du code des assurances sociales.

La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.

Les analyses de laboratoire effectuées à des fins de recherche ne sont pas prises en charge.

Taux de prise en charge

Art. 73. Les actes de laboratoire inscrits dans la nomenclature des actes sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales, applicables au moment de leur délivrance.

Frais de déplacement

Art. 74. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale pour effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale après accord du contrôle médical. Cette autorisation peut être accordée prospectivement pour une période ne dépassant pas 180 jours.

Art. 75. ...abrogé

Chapitre 5. — Cures thérapeutiques et de convalescence

Cures de convalescence

Art. 76. Après une grande intervention chirurgicale, une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave, la personne protégée a droit, sur demande circonstanciée du médecin traitant et sur avis favorable du contrôle médical, à la prise en charge d'une partie des frais de séjour lors d'une cure de convalescence au pays dans un établissement reconnu à cet effet par l'union des caisses de maladie.

La prise en charge de la partie des frais de séjour pour une cure de convalescence ne peut dépasser vingt-et-un jours par cas.

La part journalière prise en charge par l'assurance maladie est fixée au maximum à cent cinquante (150.-) francs par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Elle est due sur présentation d'une facture acquittée, établie au nom de la personne protégée et qui mentionne le début et la fin du séjour.

Cures thermales et hydrothérapiques

Art. 77. Les cures thermales et hydrothérapiques au Centre thermal et de santé à Mondorf-les-Bains prévues par la nomenclature afférente sont à charge de l'assurance maladie sur avis favorable du contrôle médical établi à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au centre thermal, visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Toute demande d'autorisation adressée au contrôle médical doit être accompagnée d'un dossier médical complet, établi suivant ses directives par un des médecins exerçant au centre thermal.

Taux de prise en charge des prestations thermales

Art. 78. Les forfaits pour cures thermales telles qu'elles sont fixées par la nomenclature des actes visée à l'article 65 du code des assurances sociales, sont prises en charge à cent pour cent des tarifs prévus par la convention visée à l'article 61, sous 5) du même code. Les autres prestations prévues dans la nomenclature du Centre thermal et de santé sont prises en charge au taux de quatre-vingt pour cent, à l'exception des applications de fango naturel (T260) et de fango naturel global (T261), qui sont prises en charge à raison de soixante pour cent du tarif conventionnel.

Art. 79. Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixée forfaitairement à deux cent soixante (260.-) francs par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. La part forfaitaire à charge de l'assurance maladie est due par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle à l'effet d'héberger des personnes, situé sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains, sans que toutefois le montant remboursé ne puisse dépasser les frais effectivement exposés.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les logements comportant des prestations hôtelières, offerts au séjour des curistes par des établissements ne disposant pas de l'autorisation prévue doivent être agréés par l'union des caisses de maladie.

Aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance maladie pour un logement sous tente, en roulotte ou en chambre garnie auprès de particuliers.

Les personnes protégées ayant leur résidence officielle dans la commune de Mondorf-les-Bains ont droit, sur documentation de factures acquittées se rapportant aux dates où elles ont suivi le programme de cure, à un montant forfaitaire à charge de l'assurance maladie de soixante-quinze (75.-) francs par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

La part à charge de l'assurance maladie est liquidée sur présentation d'une facture d'un des établissements visés à l'alinéa premier ci-dessus. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les factures acquittées doivent être établies explicitement au nom du curiste. Elles doivent porter la date de leur établissement et indiquent obligatoirement le nombre de nuitées effectives, ainsi que les dates du début et de la fin du séjour du curiste.

Si, en raison de l'arrêt normal du programme de cure en fin de semaine et les jours fériés légaux, la personne protégée interrompt son séjour, elle n'a droit pour ces jours à aucune part à charge de l'assurance maladie.

Art. 80. Les cures thermales et hydrothérapiques prises en charge par l'assurance maladie sont limitées à trois par cas.

Des cures supplémentaires peuvent exceptionnellement être autorisées lorsque le contrôle médical constate la présence d'affections graves nettement caractérisées pour lesquelles un traitement thermal est médicalement justifié.

Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

Art. 81. ...abrogé

Chapitre 6. — Rééducation et réadaptation fonctionnelles

Délimitation des prestations

Art. 82. Le traitement des victimes d'accidents ou d'affections qui nécessitent une rééducation ou une réadaptation fonctionnelle continue dans un établissement spécialisé sous la surveillance d'un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, est pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre de la nomenclature afférente et dans les conditions déterminées par la convention prévue à l'article 61, sous 6) du code des assurances sociales.

Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les prestations délivrées par les médecins salariés des centres de rééducation et de réadaptation aux personnes protégées séjournant dans les établissements liés par la convention susvisée, sont prises en charge d'après les tarifs prévus par la nomenclature des actes appliquée à ces établissements.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 83. L'admission des personnes protégées aux centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles désignés par la convention prévue est subordonnée à une autorisation du contrôle médical.

Cette autorisation est accordée sur avis favorable du contrôle médical établi à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur base d'un plan de traitement, établi par un des médecins exerçant au centre qui envisage le traitement.

Le plan de traitement détermine s'il s'agit d'un traitement stationnaire ou ambulatoire.

Une première autorisation ne peut couvrir une période excédant trois mois. Les prolongations proposées par le médecin responsable du traitement au centre sont accordées par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 84. Les frais résultant du traitement tel que celui-ci est défini par la nomenclature du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, sont pris en charge directement par l'assurance maladie. Les autres prestations délivrées dans le cadre du traitement, non prévues à la nomenclature susvisée, sont prises en charge d'après les conditions appliquées par les statuts à ces prestations.

Par journée de traitement les personnes protégées participent à leur entretien à raison de:

- quarante (40.-) francs par jour en cas d'application des forfaits de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelles avec hospitalisation au centre.(Application de la position H10)
- vingt (20.-) francs par jour en cas d'application des forfaits de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelles sans hospitalisation (Application des positions H21-H23)
- dix (10.-) francs par jour en cas d'application des forfaits de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelles mis en compte pour les personnes protégées dont la présence au centre ne dépasse pas une demi-journée.

Les montants prévus correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

Chapitre 7. — Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Exclusions

Art. 85. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les prothèses, orthèses et épithèses ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie si elles sont délivrées par des fournisseurs non couverts par la convention visée à l'article 61, sous 7) du code des assurances sociales.

Sont exclus de la prise en charge les fournitures visées par le présent chapitre, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu de l'article 12.

Taux de prise en charge

Art. 86. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du code des assurances sociales sont prises en charge à raison de cent pour cent des tarifs conventionnels.

Toutefois, pour les chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques il est déduit par paire de chaussures un montant forfaitaire de cinq cents (500.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais de réparation et d'adaptation des prothèses, orthèses et épithèses sont pris en charge sur autorisation du contrôle médical jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs sur un devis préalable et suivant les modalités fixées dans la convention conclue conformément à l'article 61, sous 7) du code des assurances sociales.

Toutefois, pour chaque réparation une participation de cent (100.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948, y compris les frais pour pièces de rechange des prothèses n'excédant pas ce montant, restent à la charge personnelle de la personne protégée.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques est à charge de la personne protégée.

Limitations

Art. 87. La personne protégée a droit à une seule prothèse, orthèse ou épithèse de même nature et à une paire de chaussures orthopédiques.

Toutefois, deux paires de chaussures orthopédiques peuvent être prises en charge pour la première prescription et à condition que le contrôle médical constate que la maladie soit consolidée au moment de leur ordonnance. Dans le cadre de la nomenclature applicable, la personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du contrôle médical, à deux prothèses, orthèses ou épithèses.

Délais de renouvellement

Art. 88. Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques, épithèses et orthèses est généralement de cinq ans.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques est d'un an.

Toutefois, des délais de renouvellement différents sont appliqués aux prothèses, épithèses et orthèses figurant à l'annexe afférente aux présents statuts.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de l'émission de l'ordonnance médicale, suivie d'autorisation du contrôle médical et d'une fourniture effective.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le contrôle médical peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, ou en cas de faits intercurrents.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 89. Les prothèses, orthèses et épithèses ne sont prises en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du contrôle médical et à condition que la personne protégée se conforme aux révisions demandées par le contrôle médical dans le cadre de sa mission dont il est question à l'alinéa suivant.

Art. 90. ...abrogé

Conditions et modalités particulières

Art. 91. Les frais de réparation et d'adaptation des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses dépassant à charge de l'assurance maladie le montant de trois mille francs (3.000.-), doivent être autorisés préalablement par le contrôle médical.

Art. 92. Nonobstant les délais de renouvellement prévus par les présents statuts, la confection d'une nouvelle prothèse, orthèse ou épithèse peut être imposée par l'assurance maladie si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économie à apprécier par le contrôle médical.

Application du tiers payant

Art. 93. ...abrogé

Art. 94. L'union des caisses de maladie accorde au profit du fournisseur choisi par la personne protégée une autorisation de prise en charge préalable. Cette autorisation de prise en charge est donnée sur base d'un devis présenté par le fournisseur ensemble avec l'ordonnance médicale au contrôle médical.

Chapitre 8. — Médicaments

Règles générales

Art. 95. Sauf dans les cas d'urgence où les médicaments ont été administrés par le médecin lui-même au cours d'une consultation ou visite, les médicaments ne peuvent être pris en charge que sur ordonnance préalable à leur délivrance.

Art. 96. Sauf justification admise par le contrôle médical, chaque consultation ou visite ne peut donner lieu à charge de l'assurance maladie qu'à une seule ordonnance de médicaments par patient.

Délai d'opposabilité des ordonnances pour médicaments

Art. 97. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de son émission.

Conformité des médicaments aux ordonnances

Art. 98. Sauf les exceptions ci-après, la personne protégée n'a droit à la délivrance des produits prescrits à charge de l'assurance maladie que lorsque ceux-ci correspondent rigoureusement aux prescriptions du médecin.

Dans les cas prévus par les conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, le pharmacien peut substituer, ajouter ou retrancher des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale. Le cas échéant, le pharmacien rapporte cet amendement ainsi que l'accord du médecin-prescripteur sur l'ordonnance.

Obligation de présenter l'original de l'ordonnance

Art. 99. Sauf exception expresse prévue par les conventions et les statuts, la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie n'est effectuée que sur présentation d'ordonnances originales.

En cas de répétition de la délivrance, la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original par le pharmacien dispensateur.

Par dérogation à l'alinéa premier, les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciale, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies certifiées conformes par le pharmacien.

Conditionnement, limitations et règles spéciales concernant la prise en charge des médicaments et fournitures

Art. 100. La prise en charge des médicaments et fournitures se limite aux produits délivrés aux conditions et dans les conditionnements prévus par la convention visée à l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

Les médicaments à base de sumatriptan ne sont pris en charge qu'après introduction d'un dossier médical détaillé et motivé ayant trouvé l'accord du contrôle médical. Sauf avis favorable du contrôle médical autorisant la délivrance d'une quantité supérieure, la prise en charge est limitée à quatre comprimés ou quatre ampoules par personne et par mois.

Art. 101. ...abrogé

Délivrance des médicaments dans le cadre du tiers payant

Art. 102. La personne protégée a droit à la délivrance des médicaments prescrits contre remise de l'ordonnance originale ou, dans les cas prévus à l'article 99, de la copie de l'ordonnance, ainsi que sur présentation concomitante de la carte d'assuré de la personne bénéficiaire des médicaments dont le numéro matricule a été inscrit sur l'ordonnance par le médecin.

Les personnes protégées ou, le cas échéant, les personnes qui se font délivrer les médicaments pour le compte des personnes protégées, sont tenues au paiement de la différence constituée par le prix officiel des médicaments et le montant résultant de l'application des taux de prise en charge fixés aux articles 108 et 109, ainsi qu'au paiement du prix des autres fournitures, taxes et honoraires éventuels exclus du système du tiers payant ou éventuellement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Une facture est délivrée en échange des ordonnances médicales originales, qui restent acquises au pharmacien après la délivrance des spécialités pharmaceutiques et fournitures. Ces factures sont établies conformément à la convention visée à l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures ou spécialités pharmaceutiques qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le pharmacien délivre une copie de l'ordonnance et établit une facture dans les formes prévues à l'alinéa précédent, qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Art. 103. ...abrogé

Médicaments admis à la vente au Luxembourg

Art. 104. La prise en charge des médicaments se limite aux seuls médicaments admis à la vente au Grand-Duché, portés sur une liste prévue par la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et le groupement professionnel des pharmaciens sur base de l'article 61 sous 8) du code des assurances sociales.

Lorsque l'ordonnance, émise dans le cadre d'un traitement à l'étranger par un médecin qui n'est pas établi au Luxembourg, porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, ceux-ci sont pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent ou, sur décision du contrôle médical, à un autre taux, fixé par lui d'après les critères prévus aux articles 106 et 108 à 110, et à condition que l'ordonnance soit couverte par une autorisation sur le formulaire E112 ou un formulaire conventionnel analogue, dont la validité coïncide avec la date de l'ordonnance, et à condition qu'il n'existe pas de médicament de substitution admis à la vente au Luxembourg, équivalent du point de vue de la composition et du dosage.

Lorsqu'une ordonnance porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien doit, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché. A défaut de substitution conformément à ce qui précède, les médicaments non admis à la vente au Grand-Duché ne sont pris en charge que sur prescription médicale dûment motivée et après autorisation préalable du contrôle médical.

Art. 105. Les médicaments non admis à la vente au Luxembourg ne peuvent être pris en charge conformément à l'article qui précède que si ces médicaments disposent dans le pays de provenance, ou dans celui où est établi le médecin-prescripteur, d'une autorisation de mise sur le marché, et à condition qu'ils soient pris en charge par le régime d'assurance maladie légal de ces pays. Le taux de prise en charge des médicaments visés au présent alinéa est déterminé par le contrôle médical de la sécurité sociale sur base des critères prévus aux articles 106 à 114. Ce taux est appliqué au prix de vente officiel.

Médicaments et fournitures exclus de la prise en charge

Art. 106. Ne sont pas pris en charge les médicaments et fournitures relevant d'une des catégories suivantes :

- les produits faisant l'objet d'une publicité atteignant par quelque moyen que ce soit le public;
- les produits diététiques et de régime;
- les thés et tisanes de marque;
- la phytothérapie sous forme de gélules;
- les savons, shampooings, lotions capillaires et bains médicamenteux;
- les produits de cosmétique médicale;
- les reconstituants (fortifiants) et antiasthéniques, y compris les médicaments à base de vitamines et les oligo-éléments. Ne sont pas considérés comme reconstituants la vitamine A, la vitamine D, la vitamine K, les vitamines du complexe B, les produits ne contenant que du calcium ou du magnésium ou un sel ferreux;
- les médicaments homéopathiques. Sont toutefois pris en charge les unitaires qui sont uniquement commercialisés sous les formes pharmaceutiques suivantes : granules, globules, gouttes, triturations, suppositoires, pommades;
- les groupes de médicaments suivants :
 - contraceptifs;
 - anorexigènes amphétaminiques;
 - psychostimulants;
 - antiseptiques buccopharyngés et antitussifs sous forme orale à sucer et sous forme de collutoires;
 - baumes broncho-pulmonaires;
 - préparations à inhaler à base d'essences aromatiques;
 - médicaments utilisés dans le mal des transports;
 - médicaments utilisés dans le cadre de la désintoxication tabagique;
 - vaccins antibactériens non spécifiques et immunostimulants à base de plantes;
 - les cytostatiques à base de «herba visci albi»;
 - implants de collagène;
- les médicaments prescrits préventivement à l'occasion de voyages;
- les tests autres que ceux servant à la détermination du glucose dans le sang et les urines.

Art. 107. Les médicaments figurant dans la liste officielle prévue à l'article 104 des présents statuts et non exclus de la prise en charge conformément à l'article 106, sont rangés en trois classes différentes. Pour chacune de ces classes il est prévu un taux de prise en charge spécifique, appliqué au prix officiel inscrit dans cette liste.

La classification des médicaments nouveaux est fixée provisoirement par le président du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie sur base des critères définis aux articles 106, 109 et 110 ainsi que d'un avis de la commission d'experts instituée sur base du règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués, à charge de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie d'entériner cette décision sur un avis du contrôle médical au cours de sa première réunion suivant la décision prise conformément à ce qui précède.

Art. 108. Le taux normal de quatre-vingt pour cent s'applique à tous les médicaments non visés par les articles 106, 109 à 113.

Par dérogation à l'article 106, les anti-ovulatoires sont pris en charge par l'assurance maladie au taux normal de quatre-vingt pour cent dans le traitement de maladies caractérisées après accord préalable du contrôle médical.

Par dérogation à l'article 106, certains produits de soins dermatologiques normalement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie peuvent, dans des affections dermatologiques graves et étendues, être pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent après accord préalable du contrôle médical.

Art. 109. Le taux de cent pour cent s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant en général qu'une seule matière active et destinés à combattre des maladies de longue durée. Ces médicaments doivent correspondre aux groupes suivants :

- antiinflammatoires intestinaux appartenant au groupe des 5-ASA (A07EC)
- antidiabétiques - insulines (A10AA)
- antidiabétiques - biguanides (A10BA)
- antidiabétiques - sulfonamides (A10BB)
- antidiabétiques inhibiteurs des alpha-glucosidases (A10BF)
- anticoagulants - antivitamines K (B01AA)
- glucosides cardiotoniques (C01A)
- antiarythmiques groupe I et III (C01B)

- antiangoreux à base de dérivés nitrés (sous forme orale) (C01DA)
- antihypertenseurs - antiadrénergiques centraux (C02A)
- antihypertenseurs - antiadrénergiques périphériques (C02C)
- antihypertenseurs - agents actifs sur le muscle lisse artériolaire (C02D)
- antihypertenseurs - agents actifs sur le système rénine-angiotensine (C02E)
- antihypertenseurs - autres substances (C02K)
- bêta-bloquants (C07A)
- hormones hypothalamiques (H01CB)
- tuberculostatiques (J04A)
- antinéoplasiques et agents immunomodulants (L)
- sels d'or (M01CB)
- antirhumatismaux à base de penicillamine (M01CC)
- antiépileptiques (N03A)
- antiparkinsoniens (N04)
- antiasthmatiques- bêta-2-mimétiques sélectifs (R03AC et R03CC)
- antiasthmatiques - xanthines (R03DA)

Art. 110. Le taux de quarante pour cent s'applique aux médicaments des catégories suivantes :

- analgésiques et antiinflammatoires percutanés;
- antiseptiques buccopharyngés sous forme de bains de bouche;
- anorexigènes non-amphétaminiques;
- orexigènes;
- anxiolytiques;
- hypnotiques et sédatifs;
- cholérétiques et cholagogues, hépatotropes et hépatoprotecteurs;
- laxatifs, purgatifs et fibres diététiques;
- veinotoniques et vasculoprotecteurs;
- vasoconstricteurs de la sphère ORL (par voie orale et nasale);
- lubrifiants oculaires.

Art. 111. Nonobstant les dispositions ci-dessus, les médicaments suivants, reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, sont pris en charge après autorisation préalable par le contrôle médical au taux de cent pour cent du prix officiel.

La liste ci-après peut être complétée provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, à charge de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie d'entériner cette décision sur un avis du contrôle médical au cours de sa première réunion suivant la décision prise conformément à ce qui précède :

- hormones de croissance;
- médicaments à base d'érythropoïétine.

Art. 112. Nonobstant toute disposition contraire, le taux de prise en charge de cent pour cent est appliqué aux médicaments des catégories prévues aux articles 108 et 110 lorsque ces médicaments sont utilisés par des personnes protégées pour le traitement d'une des maladies longues et coûteuses suivantes :

- mucoviscidose;
- déficit immunitaire primitif sévère;
- déficit immunitaire acquis sévère;
- hémoglobinopathies homozygotes.

Le bénéfice du présent article est subordonné à une autorisation préalable du contrôle médical sur base d'un dossier médical motivé, établi par le médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

La partie du prix des médicaments payée directement au pharmacien est remboursée par l'assurance maladie contre remise à la caisse de maladie compétente de la facture visée à l'article 102, munie du numéro matricule de la personne protégée.

Médicaments délivrés en cas de traitement hospitalier

Art. 113. Sauf en cas de simple hébergement, les médicaments ne donnent pas lieu à participation de la personne protégée lorsque ces médicaments sont dispensés au cours d'un traitement hospitalier stationnaire. Dans ce cas la dispensation des médicaments est également affranchie de la condition d'autorisation préalable par le contrôle médical, à moins qu'il ne s'agisse de médicaments ne disposant pas d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg.

Prescriptions magistrales

Art. 114. Les prescriptions magistrales sont prises en charge aux taux de quatre-vingt pour cent.

Toutefois ne sont pas prises en charge :

- 1) Les prescriptions magistrales de substitution de médicaments enregistrés. Toutefois sont prises en charge les préparations correspondantes à ces médicaments aux dosages différents pour usage pédiatrique, ce sous n'importe quelle forme galénique.

- 2) Les prescriptions magistrales par voie orale et rectale:
 - renfermant une substance (principe actif) non inscrite au tarif des médicaments (fichier A2);
 - comportant l'incorporation d'un médicament non admis au remboursement.
- 3) Les préparations magistrales par voie orale sous forme de gélules ou de cachets renfermant plus d'une substance active, à l'exception des dosages pédiatriques.
- 4) Les prescriptions magistrales homéopathiques, y compris les auto- et hétéroisothérapeutiques.
- 5) Les prescriptions magistrales phytothérapeutiques sous forme de gélules ou de cachets.

Par dérogation à ce qui précède, pour les préparations magistrales à usage externe, l'incorporation d'une substance active non inscrite au «Règlement ministériel du 5 novembre 1993 modifiant le règlement ministériel modifié du 10 janvier 1991 fixant le tarif des médicaments» ou l'incorporation d'une spécialité non remboursée n'entraîne pas le refus du remboursement de toute la magistrale, mais seulement celui de la spécialité concernée. Au cas où des médicaments inscrits à la liste des médicaments à usage humain admis à la vente au Luxembourg sont incorporés dans la magistrale, ceux-ci sont pris en charge au taux correspondant à celui prévu dans le fichier afférent.

Lorsqu'une ordonnance prévoit la dispensation de substances médicamenteuses du type: éther, alcool, alcool isopropylique, acétone, éthanol, eau oxygénée, etc., sans indication de la quantité exacte, il n'est pris en charge qu'une quantité qui correspond à l'usage normal pour lequel le produit est destiné.

Pour les préparations dermatologiques, la mise en tube est prise en charge si le pharmacien en fait mention sur l'ordonnance. Il en est de même pour le microfiltre nécessaire pour la filtration des collyres.

Honoraires et indemnités des pharmaciens

Art. 115. Les indemnités et les honoraires des pharmaciens prévus au règlement ministériel modifié du 23 octobre 1984 sont pris en charge comme suit:

- intégralement lorsqu'il s'agit d'une indemnité pour dérangement entre 19.00 et 8.00 heures lorsque le médecin certifie l'urgence de l'ordonnance par les termes «nuit» ou «noctu» et en indiquant l'heure d'établissement de l'ordonnance. Il en est de même pour les indemnités de dérangement le dimanche et les jours fériés, prélevées entre 8.00 et 19.00 heures, à la condition que l'ordonnance urgente soit datée du même jour.
- au taux uniforme de quatre-vingt pour cent pour les indemnités et honoraires visés au paragraphe 8, sous 2) à l'exception des indemnités visées sous les lettres r) et w) du règlement ministériel susvisé.

Chapitre 9. - Aides visuelles

Ordonnance médicale obligatoire

Art. 116. Sans préjudice de dispositions statutaires dérogatoires, une ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour:

- 1) les lentilles de contact dans les conditions de leur délivrance prévues aux articles 122 à 125 des présents statuts;
- 2) le premier oeil artificiel;
- 3) les verres incassables ou teintés;
- 4) les lunettes pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Par dérogation au point 4) ci-dessus une ordonnance n'est cependant pas requise en cas de remplacement des verres endommagés endéans les six premiers mois de la première acquisition.

Les autres prestations et fournitures visées par la présente section peuvent être obtenues dans les conditions fixées par les présents statuts à charge de l'assurance maladie sans ordonnance médicale.

Mode de paiement des fournitures et services

Art. 117. Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Libre choix des montures

Art. 118. Les personnes protégées ont le libre choix des montures.

Outre les montures à prix libre, les personnes protégées ont droit à un choix entre quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes de forme anatomique dans les dimensions usuelles de 52-56 mm, correspondant à des montures-modèle de référence déposées à l'union des caisses de maladie, dont le prix de vente ne peut être supérieur au montant de prise en charge visé à l'alinéa premier de l'article suivant. La personne protégée a droit à une disponibilité constante de ces montures.

Taux de prise en charge

Art. 119. Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de mille six cents (1.600.-) francs.

Les verres de lunettes, les fournitures diverses reprises aux listes A, B et C prévues à la convention visée ci-après et les lentilles de contact sont pris en charge au taux des tarifs fixés dans la convention conclue entre l'assurance maladie et le groupement professionnel des maîtres opticiens sur base de l'article 61, sous 9) du code des assurances sociales.

Conditions particulières de prise en charge

Art. 120. Les verres organiques incassables, repris à la liste A sous les colonnes 4 et 5, sont pris en charge sous réserve que leur dispensation est limitée aux opérés de la cataracte, aux forts amétropes au dessus de 6 dioptries, aux personnes atteintes de cécité monoculaire, ainsi qu'aux enfants âgés de moins de 14 ans.

Art. 121. Les verres teintés, repris aux colonnes 2 et 3 de la liste A, concernant les verres teintés de 10% à 25% et les verres teintés de 25% à 85%, sont pris en charge par l'assurance maladie en cas d'indication exacte du diagnostic médical rentrant dans les trois catégories suivantes :

- A) Affections oculaires :
 - 1) conjonctivites intenses
 - 2) kératites
 - 3) iritis
 - 4) certaines cataractes centrales congénitales y compris l'aphakie
 - 5) glaucome
- B) Hypermétropies et myopies :
 - 1) hypermétropies fortes (à partir de 10 dioptries) ou
 - 2) myopies fortes (à partir de 10 dioptries) lorsqu'elles s'accompagnent de photophobies
- C) A titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus désignées :
 - 1) névralgies ciliaires
 - 2) photophobies dues à des affections de la rétine, de la choroïde et du nerf optique
 - 3) albinisme
 - 4) cécité
 - 5) affections intracrâniennes

L'indication sur ordonnance médicale prescrivant des verres teintés, d'un code composé d'une des trois lettres A, B ou C et d'un des chiffres ci-dessus, est considérée comme indication exacte du diagnostic médical au sens de l'alinéa 1^{er} de cet article.

Art. 122. Les lentilles de contact ne sont prises en charge que sur ordonnance médicale dûment motivée dans les cas suivants :

- myopie bi-ou monoculaire de plus de 8 dioptries
- hypermétropie bi-ou monoculaire de plus de 8 dioptries
- astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
- kératocône
- aphakie uni- et bilatérale
- anisocorie- anisométrie de plus de 4 dioptries
- nystagmus de fixation
- anisocorie
- dystrophie cornéenne
- myopie évolutive génétique
- traumatisme cornéen ou scléral.

En cas des affections suivantes une autorisation du contrôle médical est nécessaire :

- traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
- hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Les lentilles de contact sont remboursées d'après les indications de l'opticien suivant le calcul du méridien le plus fort.

Art. 123. En cas de fourniture de lentilles de contact à un ayant droit qui ne remplit pas une des conditions requises pour la prise en charge intégrale des lentilles de contact énumérées à l'article 122 ci-dessus, mais qui remplit les conditions pour la prise en charge d'une monture et de verres de lunettes, l'assurance maladie prend en charge les frais exposés pour ces lentilles de contact jusqu'à concurrence de la somme résultant :

- a) du montant de mille six cents (1.600.-) francs correspondant au taux de prise en charge d'une monture ;
- b) du montant correspondant au prix des verres figurant à la colonne 1 de l'annexe A (verres minéraux blancs) qui auraient été pris en charge en cas de fourniture de lunettes.

En cas de fourniture de lentilles de contact teintées à un ayant droit qui ne remplit pas une des conditions requises pour la prise en charge intégrale des lentilles de contact énumérées à l'article 122 ci-dessus, mais qui remplit les conditions pour la prise en charge d'une monture et de verres de lunettes teintés, l'assurance maladie prend en charge les frais exposés pour ces lentilles de contact jusqu'à concurrence de la somme résultant :

- a) du montant de mille six cents (1.600.-) francs correspondant au taux de prise en charge d'une monture ;
- b) du montant correspondant au prix des verres figurant à la colonne 3 de l'annexe A (verres minéraux teintés 25%-85%), qui auraient été pris en charge en cas de fourniture de lunettes.

Services et fournitures incluses dans le prix des lentilles de contact

Art. 124. La fourniture des lentilles de contact dont la prise en charge par l'assurance maladie est prévue par les statuts comprend:

- a) Les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle, qui se déroulent dans un cabinet spécialement aménagé et disposant des instruments de contrôle adéquat.
- b) La première fourniture en étuis spéciaux étanches avec solution pour la stérilisation, l'hydrophilie et le traitement isotonique des surfaces de contact.
- c) La prestation de quatre séances d'essai, d'adaptation ou de contrôle, qui se déroulent dans les douze mois suivant la délivrance des lentilles de contact.

Lorsque, dans les trente jours à compter de la première séance d'essai, une intolérance des milieux antérieurs de l'oeil est constatée et que pour cette raison, après deux nouvelles séances d'essai ayant lieu dans les deux mois qui suivent le premier essai, les lentilles de contact prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent pas être fournies, seules les trois séances d'essai peuvent être facturées.

- d) L'échange des lentilles dans le cadre des garanties conventionnelles.

Verres spéciaux

Art. 125. L'assurance maladie prend en charge deux verres à base de titan sphériques à partir de respectivement + 6 ou - 6 dioptries et deux verres toriques à partir d'un méridien optique plus fort que respectivement +6 ou -6 dioptries, même si la réfraction des verres de l'ayant droit ne justifie que le remboursement d'un seul verre de ce genre, l'autre verre restant inférieur à +6 ou -6 dioptries.

Les verres multifocaux en titan, supérieurs à +6 ou -6 dioptries, sont pris en charge à partir d'une addition de +2,5.

Délais de remboursement

Art. 126. Sauf en cas de changement de dioptrie, l'assurance maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une monture et qu'une paire de verres tous les deux ans. Le point de départ pour le calcul du délai est constitué par la date de la dernière prise en charge effectuée par l'assurance maladie.

Pour les enfants de moins de 14 ans accomplis la prise en charge des lunettes se fait sans délais de renouvellement.

En ce qui concerne les cas des enfants qui, à l'accomplissement de la 14^e année d'âge, sont entrés dans le régime des adultes, l'assurance maladie prend en charge respectivement des verres de lunettes et des montures, même si le délai de deux ans prévu à l'alinéa ci-dessus n'est pas encore révolu par rapport à la fourniture de respectivement la dernière paire de verres et la dernière monture prise en charge dans le régime des enfants.

Art. 127. En cas de fourniture de verres de lunettes à double foyer, l'assurance maladie prend en charge seulement une paire de verres bifocaux tous les deux ans, sauf en cas de changement de dioptrie en vision de loin et/ou de près.

Art. 128. Sauf en cas de changement de dioptrie ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de quatre ans.

Art. 129. En cas d'indication médicale, l'assurance maladie prend en charge simultanément des lentilles de contact et des lunettes comprenant monture et verres. Dans ce cas, les délais de renouvellement pour les prothèses de contact d'une part, et pour les lunettes, d'autre part, restent distincts.

Art. 130. Le renouvellement d'un oeil artificiel en verre ne pourra intervenir qu'après l'écoulement d'un délai d'un an à partir de la date de la fourniture antérieure.

Le renouvellement d'un oeil artificiel en matière synthétique ne pourra se faire qu'après l'écoulement d'un délai de trois ans à partir de la date de la fourniture antérieure.

Les délais de renouvellement ne sont pas applicables aux enfants lorsque le contrôle médical constate que le renouvellement des yeux artificiels s'impose en raison de leur croissance.

Chapitre 10. — Les produits sanguins et dérivés plasmatiques

Art. 131. Les produits sanguins fournis par la Croix Rouge Luxembourgeoise sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels liant l'assurance maladie à la Croix Rouge Luxembourgeoise d'après les conditions et sous garantie des contrôles qualitatifs prévus par la convention visée à l'article 61, sous 10) du code des assurances sociales.

Les prestations font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie.

Chapitre 11. — Frais de voyage et de transport

Les frais de voyage à l'intérieur du pays

Art. 132. Les frais de voyage à l'intérieur du pays sont remboursés sur demande de la personne protégée lorsqu'ils ont été exposés dans les cas suivants et pour autant que le déplacement dépasse la distance aller-retour de dix kilomètres:

- pour obtenir les soins d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste le plus proche de son domicile, dispensés en milieu hospitalier ou en milieu extra-hospitalier;

- pour les donneurs de sang, dans le cadre d'une analyse ou d'une transfusion pratiquée en cas de leucémie, ou pour les personnes mises en intervention comme donneurs en vue d'une transplantation d'organe;
- pour l'adaptation d'une prothèse d'un membre inférieur;
- sur permission médicale expresse pour rentrer à domicile pendant un traitement stationnaire;
- sans limitation de distance, lorsque la personne protégée a été convoquée au contrôle médical pour une affaire relevant de l'assurance maladie.

Art. 133. Les frais de voyage d'une personne accompagnante sont pris en charge sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur autorisation du contrôle médical. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

Art. 134. Les frais de voyage sont pris en charge intégralement suivant le tarif le plus économique des chemins de fer ou des services d'autobus concessionnés. Toutefois, les frais de voyage à l'intérieur du pays à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser par mois de calendrier le prix d'un abonnement mensuel réseau valable pour le pays.

Les frais de transport

Art. 135. Sauf en cas d'urgence, les transports de malades effectués par un véhicule ambulancier ou un autre moyen de transport opéré par un professionnel officiel ou par les services de secours organisés par les pouvoirs publics, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur ordonnance médicale préalable.

Pour être opposables les ordonnances spécifient le motif du transport et précisent si l'état du malade nécessite un transport par air ou par terre, ainsi que si le transport peut être effectué en taxi ou doit être effectué par un véhicule sanitaire léger, une ambulance ou une ambulance médicalisée, et si le transport doit être effectué avec ou sans accompagnement d'un professionnel de santé qualifié ou d'un médecin.

Les frais de transport sont pris en charge sur base des tarifs conventionnels applicables dans le cadre de la convention visée à l'article 61, sous 11) du code des assurances sociales ou, à défaut, sur base des tarifs réglementaires ou des prix maxima autorisés par l'Office des Prix.

Art. 136. Aux tarifs et conditions fixés par les conventions visées à l'article 61, sous 1) et 11) du code des assurances sociales, ou ceux fixés par les règlements applicables aux services de transport d'urgence publics, les frais de transport en véhicule sanitaire léger, en ambulance, en ambulance médicalisée ou en hélicoptère de secours sont à charge de l'assurance maladie dans les cas suivants:

- 1) Les transports d'urgence à l'hôpital après un accident ou en cas de maladie aigüe.
- 2) Les transferts urgents entre hôpitaux pour les examens ou traitements spéciaux qui ne peuvent être dispensés par l'hôpital où séjourne la personne protégée.

Art. 137. Sur ordonnance médicale motivée et préalable les frais de transport à l'aller et au retour à l'intérieur du pays en ambulance sont à charge de l'assurance maladie exclusivement dans les cas suivants et sous condition que la personne protégée soit immobilisée ou que son état de santé exige une position allongée durant le transport:

- 1) Le transport aller et retour de la personne protégée entre le lieu de son séjour habituel et un hôpital, le centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm ou un médecin spécialiste le plus proche pour y recevoir des soins de santé à charge de l'assurance maladie qui ne peuvent être dispensés au lieu de son séjour habituel.
- 2) Le transport aller et retour d'une personne protégée séjournant dans un hôpital vers un autre hôpital pour y recevoir des soins de santé à charge de l'assurance maladie qui ne peuvent être dispensés à l'hôpital où elle séjourne ou le transport d'une personne protégée séjournant dans un hôpital vers un hôpital de suite.
- 3) Le transport aller et retour de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et un hôpital ou le centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm, en cas d'interruption temporaire d'un traitement stationnaire qu'elle y reçoit.
- 4) Le transport de la personne protégée d'un hôpital ou du centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm vers son lieu de séjour habituel ou vers un centre de convalescence, à la fin d'un traitement stationnaire.
- 5) Le transport aller et retour de la personne protégée d'un hôpital vers le cabinet d'un médecin-spécialiste, au cas où les soins à charge de l'assurance maladie ne peuvent être dispensés à l'hôpital.
- 6) Après une admission par le service d'urgence dans un hôpital de garde, le transfert d'une personne protégée vers l'hôpital de son choix.
- 7) Le transport d'une personne protégée immobilisée ou amputée d'un membre inférieur, pour l'adaptation d'un appareillage orthopédique ou pour l'adaptation d'une première prothèse de membre dans un atelier spécialisé.

Les ordonnances médicales de transport sont vérifiées par le contrôle médical qui peut décider le refus de la prise en charge des transports pour lesquels des justifications médicales insuffisantes sont produites.

Sur autorisation préalable du contrôle médical la prise en charge pour le transport aller et retour en ambulance d'une personne protégée immobilisée peut être accordée lorsque celle-ci doit se rendre dans un centre spécialisé à l'étranger pour y recevoir un traitement autorisé conformément à l'article 25.

Art. 138. Les frais de transport d'une personne protégée en hélicoptère de secours, en cas de transfert non urgent d'un hôpital vers un autre hôpital ou vers un centre spécialisé étranger pour y recevoir des traitements ou des examens spéciaux, sont à charge de l'assurance maladie sous condition d'avoir fait l'objet d'une ordonnance médicale motivée et d'une autorisation préalable du contrôle médical.

Transport en taxi ou en voiture privée

Art. 139. Sur ordonnance médicale les frais de transport à l'aller et au retour en taxi sont à charge de l'assurance maladie, sous condition que l'état de santé de la personne protégée ne permet pas son transport par un moyen de transport public dans les cas suivants:

- 1) Sur autorisation préalable par le contrôle médical, les transports vers les lieux où sont dispensés des traitements répétés de chimiothérapie, de radiothérapie, d'hémodialyse ou de rééducation et de réadaptation fonctionnelles au centre spécialisé visé à l'article 137, alinéa 1.
- 2) Sur autorisation préalable du contrôle médical, le déplacement pour une consultation ou un traitement à l'étranger et jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 400 km à l'aller.
- 3) Le transport à l'aller et retour à l'hôpital de garde le plus proche pour y recevoir un traitement stationnaire ou à la maternité la plus proche pour y accoucher.

Les transports en voiture privée dans les cas visés ci-dessus donnent lieu, sur déclaration de la personne protégée et pour celle-ci uniquement, à la prise en charge d'un montant forfaitaire de six (6) francs par kilomètre parcouru.

Art. 140. Dans les cas non prévus par la convention liant l'union des caisses de maladie au groupement représentatif des hôpitaux, les frais de transport de biopsies ou de prélèvements devant être transportés d'urgence et dans des conditions spéciales vers le lieu de l'analyse ou de l'intervention, sont pris en charge suivant le tarif des prix officiels ou conventionnels pour courses en taxi.

Lorsque le transport des biopsies ou des prélèvements est effectué en voiture privée, les frais sont pris en charge conformément à l'alinéa final de l'article 139.

Dans les cas non prévus par la convention liant l'union des caisses de maladie au groupement représentatif des hôpitaux, les frais de transport d'organes humains destinés à l'implantation immédiate à une personne protégée sont pris en charge par l'assurance maladie sur ordonnance médicale et sur autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale selon le cas, soit aux tarifs officiels ou conventionnels pour courses en taxi, soit au tarif conventionnel appliqué pour le transport secondaire de malades par air.

Art. 141. Dans les cas prévus par les conventions conclues sur base de l'article 61 sous 11) du code des assurances sociales, les frais de transport sont pris en charge dans les conditions et d'après les modalités y déterminées.

Chapitre 12. — Soins hospitaliers

Prestations de soins en milieu hospitalier

Art. 143. Sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs légaux, réglementaires ou conventionnels et suivant les modalités fixées dans les conventions en vigueur, les prestations suivantes:

- 1) 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 scellée;
- 2) Les forfaits chirurgicaux et forfaits d'anesthésie ainsi que les pansements spéciaux repris sous d) de l'annexe D prévue à la convention du 31 décembre 1974 entre l'UCM et l'EHL, le matériel de synthèse ;
- 3) L'hémodialyse;
- 4) La chimiothérapie;
- 5) La location d'appareils;
- 6) Les bandes plâtrées et plâtres spéciaux;
- 7) Les attelles, les talonnettes et accessoires de la catégorie H prévus à la convention modifiée du 31 décembre 1974 entre l'UCM et l'EHL;
- 8) Les sondes et cathéters;
- 9) Les perfusions;
- 10) Les examens de laboratoire et les analyses de biologie clinique;
- 11) Les médicaments et les produits sanguins;
- 12) Les prestations des professionnels de santé visés par l'annexe «H» à la convention du 31 décembre 1974 conclue entre l'UCM et l'EHL, telles que ces prestations sont définies par les nomenclatures des actes applicables au 1^{er} février 1994.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les dispositions prévues à l'article 55 sont applicables aux prestations délivrées en ambulatoire. Toutefois la participation des personnes protégées en cas de délivrance des prestations ambulatoires par les masseurs et les masseurs-kinésithérapeutes salariés des hôpitaux ne peut être supérieure à celle résultant de l'application de l'article 55 en cas de délivrance des soins par les masseurs et masseurs-kinésithérapeutes du secteur libéral.

Chapitre 13. — Moyens curatifs et appareils

Exclusions

Art. 144. Les moyens curatifs et appareils non repris sur les listes en annexe des présents statuts sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Il en est de même des frais de fonctionnement et d'énergie des appareils, à moins que les listes prévues ne prévoient la prise en charge expresse de certains produits consommables liés au fonctionnement d'appareils spéciaux.

Taux de prise en charge

Art. 145. Les moyens curatifs et appareils achetés par les personnes protégées sont pris en charge soit d'après un taux de remboursement appliqué au prix de vente des fournitures, soit d'après un montant d'intervention maximal fixé pour chaque catégorie de fournitures.

Les taux de prise en charge et montants d'intervention de l'assurance maladie sont portés par les listes visées à l'alinéa précédent.

Si les listes prévoient la prise en charge des fournitures sur base d'une location, le prix de location est pris en charge par l'assurance maladie d'après les montants et les modalités déterminés pour chaque catégorie de fourniture dans les listes prévues.

Les frais de réparation nécessaires dans le délai de renouvellement sont pris en charge jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent du prix d'acquisition.

Limitations

Art. 146. Les listes prévues déterminent le nombre maximal des fournitures pouvant être prises en charge par l'assurance maladie dans un intervalle donné, ou fixent pour cet intervalle un montant de prise en charge maximal.

Le délai de renouvellement applicable, le cas échéant, pour chaque catégorie de fournitures est inscrit sur les listes prévues.

Le délai de renouvellement est calculé sur l'intervalle compris entre la date de la dernière délivrance du moyen ou de l'appareil de même nature et la date de l'ordonnance médicale prescrivant son renouvellement.

Les délais de renouvellement ne sont pas applicables aux enfants lorsque le contrôle médical constate qu'en raison de leur croissance le renouvellement des fournitures s'impose.

L'assurance maladie est en droit d'imposer à toute personne protégée la mise à disposition de fournitures et d'appareils usagés. Les personnes et services chargés par l'assurance maladie de la révision, de l'entretien et de la réparation de ces fournitures garantissent aux personnes protégées la qualité et le bon fonctionnement de ces appareils.

Le fait par la personne protégée de refuser sans motif valable la mise à disposition d'un appareil mis à disposition par l'assurance maladie l'exclut du bénéfice de prise en charge de la part incombant normalement à charge de l'assurance maladie.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 147. Une autorisation préalable du contrôle médical est requise pour la prise en charge de toute fourniture pour laquelle cette condition est inscrite dans les listes prévues.

Conditions et modalités particulières

Art. 148. La prise en charge des fournitures pour lesquelles cette condition est expressément prévue par les listes prévues, n'est accordée que sur présentation d'une motivation médicale rédigée par un médecin spécialiste.

Les fournitures pour lesquelles cette condition est expressément prévue par les listes prévues, ne sont prises en charge que sur avis du service compétent de l'Inspection sanitaire du Ministère de la santé concernant le choix du matériel. Sous peine de se voir refuser la prise en charge par l'assurance maladie, la personne protégée doit avoir obtenu cet avis écrit avant l'acquisition de la fourniture en cause.

Les fournitures pour lesquelles cette condition est expressément prévue par les listes prévues peuvent être obtenues sans limitation de durée ou de quantité et sans ordonnance médicale, à condition que le contrôle médical ait donné son autorisation afférente sur base d'un certificat médical circonstancié.

Art. 149. Les fournitures pour lesquelles les listes prévues prévoient cette condition ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si la personne protégée ou son représentant acceptent de céder gratuitement la propriété de la fourniture à l'institution ou à la personne désignée à cet effet par l'assurance maladie au cas où la personne protégée n'en aurait plus besoin.

Aucune autorisation de prise en charge n'est accordée avant la remise de la déclaration de cession, à présenter sur un formulaire mis à disposition par l'assurance maladie.

La personne protégée ou, le cas échéant, ses successeurs sont tenus de signaler aux services compétents désignés à cet effet par l'assurance maladie la libération de toute fourniture visée par le présent article.

Art. 150. Les pansements et autres petits moyens non inclus dans le prix de l'acte médical, délivrés en cas d'urgence par le médecin, sont pris en charge par l'assurance maladie conformément aux taux et tarifs statutaires sur base d'une ordonnance médicale établie à cet effet et sont restitués en nature au médecin par la personne protégée.

Modalités de paiement

Art. 151. Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Toutefois, les fournitures dispensées en pharmacie et munies d'un numéro national sont délivrées et prises en charge conformément aux conventions conclues sur base de l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

Dispositions spéciales concernant les prothèses auditives

Art. 152. Sans préjudice des autres conditions prévues par les présents statuts, les prothèses auditives sont prises en charge uniquement après autorisation du contrôle médical donnée sur base d'un certificat médical circonstancié d'un médecin spécialiste et après détermination du type de prothèse par les services audiophonologiques de l'Etat.

Le délai de renouvellement normal peut être réduit si les données audiométriques changent fondamentalement.

Le réglage et le suivi de l'utilisation des prothèses auditives est assuré par les services audiophonologiques de l'Etat.

Chapitre 14. — Prestations de maternité

Art. 153. Les prestations de maternité prévues par le règlement grand-ducal prises en exécution de l'article 26, alinéa 2 du code des assurances sociales sont prises en charge d'après les règles conventionnelles et statutaires applicables aux différentes catégories de fournitures ou soins prévues par les présents statuts.

Les frais pour produits diététiques sont pris en charge forfaitairement sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple, d'après les montants prévus au règlement grand-ducal prévisé.

Chapitre 15. — Médecine préventive

Art. 154. Les personnes protégées ont droit, à charge de l'assurance maladie, aux prestations de médecine préventive prévues par les programmes spécifiques dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 17, alinéa trois du code des assurances sociales.

Titre III. — Dispositions administratives

Secret médical et secret professionnel

Art. 155. Les membres des organes et les employés des institutions d'assurance maladie sont tenus au secret professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des prestations de soins et de fournitures par l'assurance maladie, la communication d'un diagnostic ou de renseignements d'ordre médical peuvent être faites au personnel et aux médecins de contrôle de la sécurité sociale toutes les fois que l'avis de cette administration constitue une condition pour la prise en charge des prestations.

Documents

Art. 156. Dans les relations entre les personnes protégées, les prestataires de soins et fournisseurs, l'assurance maladie et le contrôle médical, il est fait usage obligatoirement des formules standardisées des mémoires d'honoraires, des feuilles d'ordonnance, des devis et des déclarations d'incapacité de travail prévues par les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Art. 157. Sauf les exceptions prévues par les statuts et réglementant l'utilisation de copies, la prise en charge des prestations et fournitures ne peut être effectuée que sur base d'originaux.

Art. 158. Toutefois, en cas de déclaration de perte ou de détérioration de l'original, la prise en charge peut être effectuée sur base d'une copie certifiée conforme à l'original par son émetteur. Les rappels de factures ne valent pas original.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 159. En vue de la constatation et de l'exercice des droits récursoires conférés par l'article 82 du code des assurances sociales à l'union des caisses de maladie, la personne protégée est tenue de communiquer spontanément à l'union des caisses de maladie tout fait qui comporte pour elle un dommage corporel pour la réparation duquel une action en responsabilité civile ou pénale est susceptible d'être intentée contre un tiers responsable ou présumé responsable.

Sans préjudice des sanctions prévues par la loi en cas d'abstention fautive ou de dissimulation de faits importants, la prise en charge des prestations en nature à charge de l'assurance maladie est suspendue, tant que persiste cette abstention, pour les prestations se rapportant à ces dommages corporels si la personne protégée, après deux rappels restés infructueux, soit refuse de communiquer à l'union des caisses de maladie de manière exhaustive les renseignements requis de sa part pour éclairer les faits, soit refuse de porter plainte au pénal contre la personne responsable ou présumée responsable.

Ce dernier devoir ne peut être imposé à la personne protégée dans les affaires de coups et blessures volontaires qui opposent des époux entre eux ou des membres d'une même famille, jusqu'au deuxième degré inclusivement, ou encore aux victimes économiquement dépendantes de la personne présumée responsable, même non parente et alliée, qui, au moment des faits, vivait avec la personne protégée dans une communauté domestique de laquelle dépend l'entretien d'un ou de plusieurs enfants mineurs.

En cas de coups et blessures volontaires la prise en charge des prestations est temporairement suspendue jusqu'à un jugement définitif ayant effet à l'égard de la personne protégée pour les dommages corporels qu'elle a elle-même subis, si les conclusions de l'enquête officielle de police retiennent à sa charge une participation coupable ou une quelconque part dans la responsabilité des faits.

Procédure d'autorisation spéciale

Art. 160. Lorsque, dans des cas spéciaux, reconnus justifiés par le contrôle médical, des demandes urgentes de prise en charge d'appareils, de médicaments ou d'autres moyens curatifs ne peuvent être satisfaites en raison d'absence d'inscription de ces fournitures dans les listes prévues par les statuts, celles-ci peuvent être accordées provisoirement par décision du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, à charge de celui-ci de soumettre la décision définitive de prise en charge de ces fournitures à la prochaine réunion de l'assemblée générale aux fins de leur inscription dans les statuts. En cas de refus de l'assemblée générale les décisions individuelles accordées à titre provisoire restent acquises aux personnes protégées sans que toutefois celles-ci puissent demander un renouvellement de la prise en charge de ces fournitures.

Assistance aux personnes protégées dans le cadre de la transmission des données médicales

Art. 161. L'union des caisses de maladie met à disposition des personnes protégées, sur requête de celles-ci, des formulaires de demande de communication des données médicales visées à l'article 21 du code des assurances sociales et à l'article 37 des présents statuts.

Assistance exceptionnelle à la personne protégée

Art. 162. Dans des cas exceptionnels où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve et sur demande de la personne protégée il peut être consenti, sur décision du président de la caisse de maladie compétente, une avance sur les créances que possède la personne protégée à l'égard de l'assurance maladie, par l'établissement d'un titre de prise en charge permettant à la personne protégée de satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins ou de fournisseurs agréés pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie ce, à condition :

- qu'il s'agisse de prestations non prises en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions prévues à l'article 61 du code des assurances sociales,
- qu'il s'agisse de fournitures ou prestations pour lesquelles toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies.

Sur le titre de prise en charge la personne protégée déclare par sa signature avoir reçu une avance de fonds sur les créances qu'elle possède du chef de l'accomplissement des conditions de prise en charge pour les prestations ou fournitures dont il s'agit.

L'avance est faite par un chèque barré, tiré sur un compte bancaire de l'union des caisses de maladie et libellé au nom du prestataire destinataire des fonds.

Remboursement en espèces

Art. 163. Les prestations en nature pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais, dépassant un montant fixé par le comité-directeur de la caisse de maladie compétente, peuvent être remboursées sur demande de l'ayant droit visé à l'article 84 du code des assurances sociales au moyen d'un chèque tiré sur un compte bancaire de l'union des caisses de maladie au guichet des caisses de maladie ou des agences pour lesquelles les comités-directeurs des caisses compétentes ont institué ce service.

Aux fins de l'application de la disposition qui précède sont prises en compte les factures acquittées, au jour de leur présentation à la caisse de maladie, depuis moins de quinze jours.

Comptables extraordinaires

Art. 164. Les comptables extraordinaires prévus par les dispositions du règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladie-maternité peuvent procéder à des règlements par chèque ou en espèces pour le paiement des prestations dans les cas prévus aux articles 162 et 163 ci-dessus, ainsi que pour le paiement de l'indemnité funéraire.

Il peut en être de même dans les cas où l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité est payée par la caisse compétente directement à la personne protégée.

Deuxième partie. — LES PRESTATIONS DE DECES

Titre I. — Indemnité funéraire

Art. 165. En cas de décès de l'assuré ou d'un membre de la famille, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à sept mille (7.000.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

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.

Art. 166. 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.

Art. 167. Dans les limites de l'article 165, l'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci.

Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit: au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et soeurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

Troisième partie. — LES PRESTATIONS EN ESPECES

Titre I. — Indemnité pécuniaire de maladie et de maternité

Chapitre 1. — Déclaration de l'incapacité de travail

Section 1. — Salariés ne bénéficiant pas de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération

Art. 168. Pour les salariés ne bénéficiant pas de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, l'indemnité pécuniaire prend cours le premier jour de cette incapacité, à condition qu'elle soit déclarée à la caisse de maladie au plus tard le troisième jour moyennant un certificat médical établi le premier ou au plus tard le deuxième jour dans la forme prévue à l'article 171, le cachet postal faisant foi.

Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, la prolongation doit être déclarée moyennant un certificat prévu à l'article 171 établi le jour prévu initialement pour la reprise du travail ou au plus tard le lendemain. Le certificat doit être adressé à la caisse de maladie dans un délai de trois jours à partir du jour prévu initialement pour la reprise du travail, le cachet postal faisant foi.

En cas de déclaration ou de constatation tardives de l'incapacité de travail, l'indemnité pécuniaire n'est due respectivement qu'à partir du jour de la déclaration à la caisse de maladie ou de l'établissement du certificat médical. En cas de déclaration tardive la caisse a la faculté de donner mainlevée intégrale ou partielle du non-paiement de l'indemnité pécuniaire.

Art. 169. Par dérogation à l'article qui précède, la production d'un certificat médical n'est pas requise

- 1) pour les périodes d'hospitalisation à l'intérieur du pays
- 2) pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un jour ouvré, à condition que la déclaration soit faite par tout moyen approprié, tel que téléphone ou téléfax, le jour même, pendant les heures de bureau (08.30-16.00 heures) ou le lendemain si le début de l'horaire de travail prévu se situe après les heures de travail précitées.

Toutefois, la caisse de maladie peut exiger la production d'un certificat médical dès le premier jour de l'incapacité de travail dans les cas où elle le juge opportun.

Art. 170. Lorsque le dernier jour des délais prévus aux articles qui précèdent est un samedi, un dimanche, un jour férié légal ou un jour férié de rechange, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Art. 171. Pour déclarer l'incapacité de travail, les assurés utilisent exclusivement les formulaires leur délivrés par le médecin, conformément à la convention conclue par l'union des caisses de maladie avec les médecins et plus amplement décrits dans le cahier des charges établi en vertu de cette convention.

Ce formulaire comprend trois volets: le premier de ces volets, qui est adressé par l'assuré à la caisse de maladie, contient des indications médicales facilitant le contrôle médical et permettant la computation du délai conformément à l'article 190 qui suit. L'assuré transmet le deuxième volet à l'employeur en conservant lui-même le troisième.

Dans la mesure du possible, les travailleurs frontaliers se font délivrer les certificats d'incapacité de travail dans la forme prévue à l'alinéa qui précède par les médecins établis dans leur pays de résidence.

Art. 172. En cas d'incapacité de travail survenue pendant un séjour dans un Etat membre des Communautés Européennes autre que celui de la 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 à partir du début de l'incapacité de travail ou de la prolongation à l'institution compétente du lieu de séjour et se conformer aux formalités prévues par cette institution.

En cas d'incapacité de travail survenue sur le territoire d'un Etat non lié au Grand-Duché par un instrument international prévoyant des dispositions relatives à la déclaration de l'incapacité de travail, l'assuré doit adresser dans un délai de trois jours, à partir de l'incapacité de travail ou de la prolongation, un certificat médical à la caisse de maladie luxembourgeoise, le cachet postal faisant foi.

En cas de déclaration tardive, l'alinéa final de l'article 168 est applicable.

Section 2. — Salariés bénéficiant de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents

Section 3. — Disposition générale pour les salariés

Art. 173. L'assuré est tenu de déclarer l'incapacité de travail à l'employeur dans les formes et délais prévus aux articles 170 à 172. En cas de survenance de l'incapacité de travail sur le territoire national, l'assuré est tenu de conserver le premier volet visé à l'alinéa 2 de l'article 171 et de le présenter sur demande de la caisse ou du contrôle médical de la sécurité sociale.

L'employeur est tenu d'informer par écrit la caisse de maladie quinze jours avant la cessation du paiement de la rémunération, en joignant l'ensemble des certificats médicaux documentant l'incapacité de travail pendant la période durant laquelle il avait l'obligation légale ou conventionnelle de payer la rémunération.

Art. 174. Les dispositions qui précèdent ne portent pas préjudice à celles de la législation du travail imposant aux salariés l'obligation de déclarer l'incapacité de travail à l'employeur.

Section 4. — Non salariés

Art. 175. Le non salarié est obligé de déclarer l'incapacité de travail à la caisse de maladie moyennant un certificat médical établi dans les formes prévues aux articles 171 et 172.

Chapitre 2. — Avance de l'indemnité pécuniaire par l'employeur

Section 1. — Durée de l'obligation d'avancer l'indemnité pécuniaire de maladie

Art. 176. Pendant le mois de calendrier de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents, l'employeur a l'obligation d'avancer pour compte de la caisse de maladie à son salarié l'indemnité pécuniaire de maladie si le droit y est ouvert.

Au terme de la période prévue, la caisse de maladie doit être informée sur la situation fiscale du salarié en vue de la détermination de l'indemnité pécuniaire nette.

Section 2. — Cas dans lesquels l'employeur est dispensé de faire l'avance

Art. 177. L'employeur est autorisé à tenir en suspens l'avance de l'indemnité pécuniaire de maladie tant qu'il n'est pas en possession du certificat médical à lui transmettre par l'assuré.

Il peut s'adresser à tout moment à la caisse de maladie pour obtenir des renseignements sur une déclaration d'incapacité de travail éventuelle parvenue à la caisse de maladie.

Art. 178. L'employeur s'abstient d'avancer l'indemnité pécuniaire:

- 1) pour les périodes se situant avant l'établissement du certificat médical, lorsque celui-ci est postérieur au deuxième jour de l'incapacité de travail ou de la prolongation, sauf avis écrit contraire de la caisse de maladie;
- 2) pour des périodes postérieures à l'accomplissement de la soixante-huitième année d'âge de l'assuré;
- 3) à partir de la date où il a été déclaré en état de faillite;
- 4) lorsque la période d'incapacité de travail est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et qu'elle est postérieure à la treizième semaine et doit en conséquence être indemnisée par l'assurance accident;
- 5) pour les périodes où son salarié a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.

Art. 179. Sur avis écrit de la caisse de maladie, l'employeur s'abstient d'avancer l'indemnité pécuniaire de maladie:

- 1) pour des périodes pendant lesquelles le salarié n'est pas reconnu comme incapable de travailler suivant avis du contrôle médical de la sécurité sociale;
- 2) en cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail à la caisse de maladie, pour la période antérieure à cette déclaration;
- 3) en cas de non respect des formalités administratives prévues pour la déclaration de l'incapacité de travail survenue sur le territoire national ou en dehors de ce territoire;
- 4) pour des périodes d'incapacité de travail postérieures à l'expiration du mois de la constatation de l'invalidité permanente par le contrôle médical et qui doit par conséquent être indemnisée par l'assurance pension vieillesse invalidité;
- 5) lorsque le droit à l'indemnité pécuniaire a pris fin, compte tenu des périodes d'incapacité de travail comptées en application des dispositions de l'article 190 ci-après;
- 6) en cas d'observation des mesures de surveillance et des autres hypothèses prévues à l'article 16 du code des assurances sociales;
- 7) en cas de falsification présumée du certificat médical.

Lorsque la caisse de maladie procède à des mesures d'instruction d'ordre administratif ou médical pour vérifier l'ouverture du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie, elle peut inviter l'employeur à suspendre le paiement de l'indemnité pécuniaire. Si la caisse accorde mainlevée de l'avis négatif, notifiée simultanément à l'assuré et à l'employeur, ce dernier est tenu de verser l'indemnité pécuniaire, à moins que la période visée ne remonte à plus de deux mois ou que le contrat de travail n'ait pris fin entre-temps.

Art. 180. Sauf dans les cas prévus aux articles qui précèdent, l'employeur est tenu de verser l'indemnité pécuniaire aux mêmes échéances et suivant la même procédure que pour la rémunération.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué trente jours après les échéances prévues, l'assuré a droit au versement des intérêts moratoires au taux d'intérêt légal, tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relatif au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant de l'indemnité pécuniaire nette et prennent cours trente jours après les échéances visées à l'alinéa premier.

Section 3. — Modalités de remboursement

Art. 181. Sur présentation d'une demande-type de remboursement mise à la disposition par la caisse ou d'une autre formule agréée par la caisse, l'employeur obtient de la part de la caisse de maladie le remboursement de l'indemnité pécuniaire nette de maladie ou d'accident, dûment avancée, ainsi que des impôts.

Le montant avancé est remboursé à l'employeur au plus tard à la fin du mois qui suit celui au cours duquel la demande de remboursement a été introduite à la caisse de maladie compétente.

Les cotisations au titre de l'assurance maladie et de l'assurance pension sont payées directement par la caisse de maladie à l'institution de sécurité sociale compétente au moment du remboursement à l'employeur.

Art. 182. Aucun remboursement n'est effectué à l'employeur pour une période pendant laquelle l'indemnité pécuniaire de maladie ou d'accident n'était pas due. L'employeur récupère le montant par compensation avec la rémunération conformément à l'article 11, alinéa 3 du code des assurances sociales.

Toutefois, lorsque le contrat de travail a pris fin entre-temps ou que le paiement indu remonte à plus de deux mois avant l'émission de l'avis négatif visé à l'article 179 qui précède, l'employeur peut demander à la caisse de maladie de lui rembourser le montant indûment payé. Dans ce cas, la caisse de maladie récupère auprès de l'assuré le montant remboursé à l'employeur.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux cas visés par l'article 178 qui précède.

Section 4. — Dispositions particulières aux assurés des caisses d'entreprises

Art. 183. Pour les assurés relevant de la compétence de la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED et de la caisse de maladie des employés de l'ARBED, l'employeur avance l'indemnité pécuniaire de maladie et l'indemnité pécuniaire d'accident jusqu'à l'expiration respectivement de la cinquante-deuxième et de la treizième semaine, ainsi que l'indemnité pécuniaire de maternité. Le montant avancé est remboursé à l'employeur au plus tard à la fin du mois qui suit celui auquel les indemnités pécuniaires se rapportent.

Pour les assurés relevant de la compétence de l'entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois, l'indemnité pécuniaire de maternité est avancée par l'employeur et remboursée à celui-ci à la fin du mois qui suit celui auquel les indemnités se rapportent.

Section 5. — Intérêts en cas de remboursement tardif

Art. 184. Le remboursement effectué conformément aux articles 181 à 183 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit de l'employeur au plus tard à la fin du mois qui suit celui au cours duquel la demande de remboursement a été introduite à la caisse de maladie compétente.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après le délai prévu, l'employeur a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relatif au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant des remboursements visés aux alinéas 181 à 183 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le remboursement était dû.

Chapitre 3. — Détermination de la rémunération de référence

Art. 185. Sous réserve des dérogations prévues aux articles qui suivent, l'indemnité pécuniaire de maladie, d'accident ou de maternité est calculée par référence à la rémunération brute que le salarié aurait gagné en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie ou de maternité.

Le temps de travail utile pour le calcul de l'indemnité pécuniaire s'apprécie en fonction des heures de travail que le salarié aurait normalement prestées selon l'horaire en vigueur dans l'entreprise au moment de l'absence ou, à défaut, selon les termes de la convention collective.

Art. 186. La rémunération de référence est établie sur la moyenne des rémunérations touchées pendant les trois mois de calendrier précédant la survenance de l'incapacité de travail:

- 1) en cas de travail au rendement ou à la tâche;
- 2) à défaut d'horaire hebdomadaire à rythme normal;
- 3) en cas de rémunération instable.

Pour les assurés dont la rémunération est fixée en pourcentage ou subit des variations saisonnières importantes, la rémunération de référence correspond aux douze mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'incapacité de travail.

Si le salarié exerce son occupation au service de l'employeur depuis moins de trois ou de douze mois, la période de référence est réduite jusqu'à concurrence de la période de l'occupation effective.

Art. 187. Le travail supplémentaire est pris en considération dans la mesure où il a été effectué pendant chacun des trois mois précédant l'incapacité de travail et à condition que l'horaire de travail pour la période d'incapacité de travail aurait comporté la prestation d'heures supplémentaires.

Art. 188. A défaut d'horaire de travail déterminé et au cas où la rémunération de référence est mensuelle, l'assuré a droit pour chaque jour d'incapacité de travail à une indemnité pécuniaire correspondant à la rémunération journalière qu'aurait gagnée l'assuré pendant le mois visé multipliée par le nombre de jours de son incapacité de travail.

Art. 189. En cas d'incapacité de travail qui se prolonge au-delà de la période visée à l'article 176 la caisse de maladie peut procéder à la détermination de l'indemnité pécuniaire sur base de celle versée antérieurement par l'employeur, sous réserve des adaptations éventuelles résultant de l'évolution du nombre indice du coût de la vie ainsi que des augmentations de rémunérations selon les modalités fixées par la loi, les conventions collectives ou le contrat de travail.

Chapitre 4. — *Fin de l'indemnité pécuniaire de maladie*

Art. 190. 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 prévues à l'article 14, alinéa 2 du code des assurances sociales.

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 contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 191. En cas de constatation d'une invalidité permanente par le contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et la caisse de pension sont informés de la cessation du paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Il en est de même le mois avant l'expiration de la cinquante-deuxième semaine, lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire.

Art. 192. Quinze jours avant l'expiration de la treizième semaine consécutive à l'accident professionnel, le salarié est invité à présenter sa demande en obtention d'une rente accident. Toute rechute ultérieure déclarée auprès de l'association d'assurance contre les accidents, section industrielle, ne peut donner lieu à paiement d'indemnité pécuniaire de maladie que si la responsabilité de l'association d'assurance a été rejetée.

Chapitre 5. — *Contrôle administratif des malades*

Art. 193. Les assurés déclarés malades peuvent être soumis par la caisse de maladie à un contrôle administratif à leur domicile entre 08.00 et 21.00 heures.

Art. 194. Aucune sortie du malade n'est permise pendant les cinq premiers jours de l'incapacité de travail, sauf en cas de traumatisme des membres supérieurs.

Art. 195. Sous réserve des dispositions prévues à l'article précédent les heures de sorties suivantes peuvent être autorisées par le médecin traitant:

- de 10.00 à 12.00 heures, le matin et
- de 14.00 à 18.00 heures l'après-midi.

Art. 196. Sont interdites à un assuré malade sous peine d'amende:

- toute activité incompatible avec son état de santé;
- toute fréquentation d'un débit de boissons alcooliques, sauf pour la prise d'un repas et sous réserve d'une information préalable à la caisse;
- la participation active à une compétition sportive.

Art. 197. Le malade est tenu de fournir à la caisse son adresse exacte (lieu, rue, numéro, étage) où il séjourne pendant son incapacité de travail.

Art. 198. L'observation des règles préénoncées aux articles 193 à 197 peut entraîner l'application des amendes d'ordre prévues à l'article 16 du code des assurances sociales. Ces amendes d'ordre sont déterminées sur base du montant brut journalier de l'indemnité pécuniaire.

Chapitre 6. — *Prestations de maternité*

Art. 199. L'indemnité pécuniaire de maternité est servie par la caisse pendant le congé de maternité. Pour avoir force probante, le certificat médical visé à l'article 25 du code des assurances sociales 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 quinze jours avant l'expiration du congé postnatal ordinaire.

Chapitre 7. — Dispositions diverses

Art. 200. Dans les cas où l'indemnité pécuniaire est payée par la caisse directement à l'assuré, le paiement est effectué mensuellement postnumerando.

L'employeur est tenu de fournir à la caisse de maladie dans un délai de 5 jours ouvrables, à partir de la fin du mois où l'incapacité de travail se situe et moyennant une formule-type mise à la disposition par la caisse, dûment remplie et signée, les données nécessaires au calcul de l'indemnité pécuniaire.

*

La liste limitative établie en exécution de l'article 12 a la teneur suivante:

- 1) L'assurance maladie ne prend en charge le diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques et malformations foetales par amniocentèse, choriocentèse ou prélèvement de sang foetal que pour les personnes protégées remplissant une des conditions suivantes:
 - femmes âgées de 35 ans et plus;
 - mères ayant déjà donné naissance à un enfant porteur d'une aberration chromosomique;
 - pères ou mères porteurs d'une anomalie de structure chromosomique;
 - malformations foetales, retard de croissance intra-utérine ou anomalie quantitative du liquide amniotique découverts à l'échographie;
 - existence de maladies génétiques familiales.
- 2) L'assurance maladie ne prend pas en charge les marqueurs sériques maternels de détection prénatale de la trisomie 21.
- 3) L'assurance maladie prend en charge le traitement de la stérilité du couple après que la constatation de la stérilité a été signalée au contrôle médical de la sécurité sociale par certificat médical circonstancié par la personne protégée ou par le médecin traitant. En plus une autorisation préalable est requise pour les traitements suivants:
 - Fertilisation in vitro;
 - Injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde.

La fertilisation in vitro et/ou l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde sont limitées à un maximum de 4 essais.

Le traitement de la stérilité n'est pas pris en charge:- après ligature des trompes ou après vasectomie;- si la femme est âgée de plus de 40 ans.
- 4) L'assurance maladie ne prend pas en charge l'ostéodensitométrie.
- 5) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement des troubles de la réfraction par traitement chirurgical ou par laser.
- 6) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement chirurgical de l'obésité.
- 7) L'assurance maladie ne prend pas en charge l'échange de prothèses mammaires dont la mise en place n'avait pas fait l'objet d'une autorisation expresse de prise en charge par l'assurance maladie.

Dispositions transitoires maintenues en vigueur

- 1) Pour autant que les conventions visées à l'article 61 du code des assurances sociales disposent que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1^{er} janvier 1994, les dispositions conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.
- 2) La dispensation des traitements médicaux, des soins de santé et fournitures délivrés sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur des présents statuts, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance et à leur liquidation, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles ont été délivrées par le médecin, le prestataire de soins ou le fournisseur.

Les dispositions statutaires applicables avant la mise en vigueur des présents statuts continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la date de mise en vigueur des nouvelles dispositions statutaires tant que la prescription légale prévue à l'article 83 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges naissant éventuellement après la date de la mise en vigueur des présents statuts, se rapportant à des dispositions statutaires applicables antérieurement, sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Les traitements médicaux et autres prestations s'étendant sur plus d'une séance, pour lesquels il est prévu une seule position à la nomenclature des actes en vigueur au 31 janvier 1994 et commencés au plus tard à cette date, mais qui se terminent après le 1^{er} février 1994 seulement, restent régis dans l'ensemble par les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au jour de leur commencement. Ceci est notamment le cas pour les traitements dentaires, les cures, les cures de convalescence et généralement les traitements stationnaires dispensés en milieu hospitalier impliquant la mise en compte d'une seule position tarifaire chevauchant sur la date de mise en vigueur des nouvelles dispositions. Est considéré comme commencement du traitement le jour où il est délivré la première séance ou prestation en rapport avec le traitement.

A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 janvier 1994, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions statutaires sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

- 3) La délivrance des fournitures inscrites dans les listes prévues par les présents statuts est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial. Jusqu'à l'échéance de ce terme les listes et les tarifs appliqués aux fournitures y prévues dans le cadre des dispositions statutaires applicables au 31 janvier 1994 restent provisoirement en vigueur.
- 4) Les listes de médicaments prévus par la convention visée à l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales et les modalités de prise en charge affectant les différentes catégories de médicaments sont mis en vigueur à une date à déterminer par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie. Les modalités de prise en charge applicables au 31 janvier 1994 restent provisoirement en vigueur jusqu'à cette date.

Les médicaments pourvus de deux astérisques dans le cadre des anciennes dispositions réglementaires et statutaires sont rangés dans la classe de médicaments prévue à l'article 109.

Pour l'initialisation des fichiers afférents, les médicaments visés aux articles 106 et 109 pourvus respectivement d'un astérisque ou soumis au taux de remboursement normal dans le cadre des dispositions applicables au 31 janvier 1994, sont classés dans les catégories nouvelles correspondantes par décision du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, sur avis du contrôle médical.

- 5) Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 janvier 1994.
- 6) Les personnes protégées disposant à la mise en vigueur des nouveaux statuts d'une seule paire de chaussures orthopédiques prise en charge par l'assurance maladie d'après les anciennes dispositions statutaires, sont en droit de se faire délivrer une deuxième paire conformément aux dispositions statutaires nouvelles.
- 7) Les listes de fournitures prévues par les présents statuts, non disponibles à la mise en vigueur des statuts, sont rendues applicables par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie aux dates déterminées par lui et d'après les dispositions de l'article 160. Jusqu'à cette date, les anciennes dispositions statutaires s'y rapportant restent applicables.

* * *

Remarque: Le texte coordonné des statuts de l'union des caisses de maladie au 1^{er} septembre 1994 contient les modifications décidées en date du 13 juillet 1994 par l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie et approuvées par arrêté ministériel du 11 août 1994.

Les modifications concernent les articles suivants des statuts de base publiés au Mémorial A N°4 du 1^{er} février 1994:

Articles 8, 12, 14, 17, 20, 22, 24, 26, 29, 35, 36, 41, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 71, 75, 78, 79, 80, 81, 90, 93, 97, 100, 101, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 130, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 143, 151, 162, 164, 167, 181 et 195.