

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxembourg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 244

28 décembre 2010

Sommaire

Association d'assurance accident – Statuts page 4070

Association d'assurance accident. – Statuts. – Par arrêté ministériel du 22 décembre 2010, les statuts de l'Association d'assurance accident, tels qu'ils ont été arrêtés par le comité directeur de l'Association d'assurance accident en date du 28 octobre 2010 et tels qu'ils figurent à l'annexe, sont approuvés. Ils entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Annexe:

Statuts de l'Association d'assurance accident

Chapitre 1^{er}: Règles de fonctionnement du comité directeur

Art. 1^{er}. Le comité directeur fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de sept jours, si la demande écrite en est faite par quatre membres du comité directeur avec indication de l'ordre du jour.

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par courrier électronique aux membres effectifs et suppléants sept jours avant la séance. A la demande expresse d'un membre, ces documents lui sont transmis en même temps sur papier par voie postale.

Les membres effectifs du comité directeur qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants désignés par la même chambre professionnelle à y assister.

Le président porte à l'ordre du jour tout point proposé par un membre du comité directeur, si la demande a été formulée par courrier électronique au plus tard quinze jours avant la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le fonctionnaire le plus ancien en rang de l'Association d'assurance accident.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics de l'Association d'assurance accident peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le comité directeur délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents en ce qui concerne les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel. Dans les autres cas, il délibère valablement si au moins quatre délégués des employeurs sont présents. En matière de prévention, de prestations ou de modification des statuts, il faut en outre la présence de quatre délégués des salariés au moins.

Lorsque le président constate que le comité directeur n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance après avoir fait délibérer sur les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel. Dans ce cas, il convoque le comité directeur avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 1 de l'article 1^{er}. Le comité directeur siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du comité directeur sont prises à la majorité des voix valablement exprimées, les abstentions n'étant pas prises en considération.

Les membres du comité directeur votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Le président peut communiquer les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel par courrier électronique aux membres effectifs du comité directeur.

Si endéans un délai de sept jours suivant cette communication, quatre délégués des employeurs au moins et quatre délégués des salariés au moins se rallient par courrier électronique aux décisions proposées, elles sont acquises sauf celles dont un délégué au moins demande par courrier électronique dans le même délai le report à la prochaine séance. Il en est dressé procès-verbal.

Art. 7. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au comité directeur qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal y compris celui établi en vertu de l'article 6 est adressé aux membres effectifs et suppléants du comité directeur et à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Chapitre 2: Nomination de commissions

Art. 8. Le comité peut nommer en son sein une commission chargée de l'établissement des recommandations de prévention et comprenant, en dehors du président ou du premier conseiller de direction, trois délégués des employeurs et trois délégués des salariés ainsi que d'un nombre égal de membres suppléants.

Pour pouvoir être nommé membre effectif ou membre suppléant de la commission, il faut être membre effectif ou membre suppléant du comité directeur. Un membre suppléant du comité directeur peut toutefois être nommé membre effectif d'une commission et inversement.

Pour que le comité directeur puisse nommer la commission, il faut:

- 1) que le point figure à l'ordre du jour de la séance du comité directeur;
- 2) que les délégués des employeurs présents du comité directeur soient unanimes pour proposer les trois délégués des employeurs effectifs et les trois délégués des employeurs suppléants de la commission;
- 3) que les délégués des salariés présents du comité directeur soient unanimes pour proposer les trois délégués des salariés effectifs et les trois délégués des salariés suppléants de la commission.

Si les conditions ci-dessus sont remplies, le président proclame nommés les candidats proposés et acte en est donné au procès-verbal de la séance afférente du comité directeur.

La commission reste en fonction aussi longtemps que le comité directeur l'a nommée. Toutefois, le comité directeur peut à tout moment révoquer la commission.

La commission qui peut s'adjoindre des experts délibère valablement si deux délégués des employeurs au moins et deux délégués des salariés au moins sont présents. Les articles 1, 2, 3, 5 et 7 sont applicables.

Au cas où le mandat du comité-directeur viendrait à échéance, celui de la Commission se termine également.

Chapitre 3: Règles complémentaires pour assurer la prise en charge des prestations en nature

Art. 9. Conformément à l'article 126 du C.S.S., les prestations ne sont prises en charge par l'assurance accident que pour autant qu'elles se situent avant la date de clôture y visée.

Pour les prestations soumises à un devis préalable, un titre de prise en charge, une autorisation préalable du CMSS ou une validation par la CNS, la prise en charge par l'assurance accident est subordonnée à la condition que la date du devis, de l'ordonnance ou de la demande d'autorisation se situe avant la date de clôture de la prise en charge par l'assurance accident.

Section 1: Les prestations en nature prises en charge par l'intermédiaire de la CNS

Soins médicaux

Art. 10. Les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du C.S.S. sont pris en charge intégralement sans tenir compte de la participation de l'assuré aux consultations, visites et frais de déplacement telle que prévue à l'article 35 des statuts de la CNS.

Les suppléments pour convenances personnelles ainsi que les dépassements de tarifs des médecins en cas d'hospitalisation en 1^{ère} classe prévus aux articles 49 et 50 de la convention entre la CNS et l'AMMD pour les médecins ne sont pas remboursés par l'assurance accident.

Soins de médecine dentaire

Art. 11. Les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du C.S.S. sont pris en charge intégralement sans tenir compte des participations de l'assuré prévues par l'article 39 des statuts de la CNS.

Les suppléments pour convenances personnelles ainsi que les dépassements de tarifs des médecins-dentistes pour l'hospitalisation en 1^{ère} classe prévus aux articles 49 et 50 de la convention entre la CNS et l'AMMD pour les médecins-dentistes ne sont pas remboursés par l'AAA.

Les tarifs prévus pour les prothèses dentaires et l'orthodontie qui peuvent être dépassés sur devis préalable (DSD) sont pris en charge par l'assurance accident pour l'exercice au cours duquel ils ont été accordés au maximum jusqu'à concurrence des honoraires moyens bruts facturés par les médecins-dentistes l'avant-dernier exercice, majorés de 25% et arrondis à l'unité supérieure. En outre, l'assurance accident prend en charge, le cas échéant, l'or utilisé ainsi que l'élément provisoire par méthode directe à raison du prix facturé séparément, mais jusqu'à concurrence d'un maximum de 5,8 € par gramme/or et de 7,3 € par élément provisoire.

Pour autant que l'acte requiert en vertu du règlement sur la nomenclature l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et le médecin seront informés dans les meilleurs délais du montant pris en charge par l'assurance accident sur le devis établi par le médecin dentiste.

En matière d'assurance accident, les délais de renouvellement des prothèses prévus à l'article 42 des statuts de la CNS ne sont pas applicables pour la première acquisition après l'accident.

Traitements des professionnels de santé autres que les médecins

Art. 12. Les tarifs des actes et services des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des masseurs, des orthophonistes et des psychomotriciens fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du C.S.S. sont pris en charge intégralement sans tenir compte des participations éventuelles des assurés prévues par les statuts de la CNS.

Analyses et examens de laboratoire

Art. 13. Les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du C.S.S. sont pris en charge intégralement.

La limitation contenue dans l'alinéa 2 de l'article 75 des statuts de la CNS n'est pas applicable.

Cures thérapeutiques et de convalescence

Art. 14. Les forfaits pour cures de convalescences et cures thérapeutiques tels qu'ils sont fixés par la nomenclature des actes visés à l'article 65 du C.S.S. sont pris en charge à 100% des tarifs prévus par la convention conclue entre la CNS et l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains en exécution des articles 61 et suivants du C.S.S.

Rééducation fonctionnelle et réadaptation

Art. 15. Les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation rendues aux assurés sont prises en charge intégralement par l'AAA suivant les modalités prévues à l'article 82 alinéa 1 des statuts de la CNS mais sans tenir compte des limitations de durée visées aux alinéas 2, 3 et 4 du même article.

Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Art. 16. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature visée à l'art. 65 du C.S.S. sont pris en charge à raison de 100% des tarifs conventionnels sans tenir compte des participations des assurés prévues à l'art. 86 des statuts de la CNS.

Par ailleurs, les délais de renouvellement prévus à l'art. 91 des statuts de la CNS ne sont pas applicables en cas de 1^{ère} acquisition après l'accident. De plus l'accidenté a droit à deux paires de chaussures orthopédiques par an.

Greffes d'organes

Art. 17. Les greffes d'organes sont prises en charge intégralement par l'AAA suivant les modalités prévues à l'article 92 des statuts de la CNS.

Médicaments

Art. 18. La prise en charge des médicaments repris sur la liste positive établie sur base de l'article 22 du Code de la sécurité sociale est intégrale sans tenir compte des taux de participation des assurés prévus au chapitre 8 des statuts de la CNS.

Si le médicament n'est pas repris dans la liste positive, il n'est pris en charge par l'assurance accident que moyennant un titre de prise en charge établi par la CNS sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Aides visuelles

Art. 19. Lorsque l'accident a provoqué une lésion des yeux ou un autre dommage corporel, les verres de lunettes, les fournitures diverses et les lentilles de contact sont pris en charge par l'assurance accident jusqu'à concurrence des montants moyens facturés par les fournisseurs l'avant-dernier exercice pour les différentes positions du tarif majorés de 25% et arrondis à l'unité supérieure. Les montures sont prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant de 18,2 €. Les délais de renouvellement prévus aux articles 126 à 129 des statuts de la CNS ne sont pas applicables pour la 1^{ère} acquisition après l'accident.

Produits sanguins

Art. 20. Les produits sanguins fournis par la Croix-Rouge luxembourgeoise sont pris en charge intégralement sur base des tarifs conventionnels liant la CNS à la Croix-Rouge d'après les conditions prévues par la convention visée à l'article 61 alinéa 2 sous 10 du Code de la sécurité sociale.

Prestations de transport

Art. 21. Les transports simples en ambulance sont pris en charge par l'assurance accident sans ordonnance médicale.

Sur autorisation du CMSS, les transports en taxi sont pris en charge par l'assurance accident même s'il ne s'agit pas d'un traitement en série.

Soins hospitaliers

Art. 22. Les soins hospitaliers stationnaires sont pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du C.S.S. Les participations de l'assuré fixées par l'article 142 alinéas 2 et 4 des statuts de la CNS sont prises en charge par l'AAA et sont facturées directement à la CNS.

Les frais liés aux prestations non opposables définies à l'article 18 de la convention modifiée du 16 février 1996 conclue entre la CNS et l'EHL en exécution des articles 74 et suivants du C.S.S. ne sont pas remboursés par l'AAA.

Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses

Art. 23. Les dispositifs médicaux et fournitures diverses figurant dans le fichier B1 délivrés en principe dans les pharmacies sont pris en charge à raison de 100% du prix de référence applicable en matière d'assurance maladie.

Toutefois, l'AAA rembourse d'office pendant l'exercice suivant celui de la prise en charge à l'assuré la différence entre le montant facturé et le montant de référence à condition qu'elle dépasse 1,5 € pendant l'exercice de prise en charge pour l'ensemble des prestations visées à l'alinéa qui précède.

Art. 24. Pour les fichiers B3 et B4 contenant les prothèses auditives respectivement les moyens accessoires pour personnes laryngectomisées, les frais de réparation sont pris en charge intégralement par l'AAA.

Section 2: Les prestations en nature prises en charge directement par l'AAA

Art. 25. Les frais de voyage exposés par l'accidenté pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins, du Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert, sont remboursés directement par l'AAA suivant les conditions et modalités ci-après.

Art. 26. Les frais de voyage à l'intérieur du pays en vue d'un traitement ou d'une expertise sont pris en charge forfaitairement à raison de 2,5 cents par kilomètre du trajet. En cas de présentation d'un billet d'un moyen de transport en commun, le prix y inscrit est remboursé.

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 de la sécurité sociale. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

Les frais de voyage sont remboursés uniquement sur demande de l'assuré. Toutefois, ils le sont d'office en cas de convocation par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou auprès d'un expert désigné par celui-ci.

Art. 27. Les frais de voyage en vue d'un traitement ou d'une expertise à l'étranger dûment autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sont remboursés au tarif de 2,5 cents par kilomètre. Si cette solution est plus favorable à l'accidenté, les frais de voyage sont remboursés selon le tarif officiel des chemins de fer sur présentation d'un titre de transport.

Les frais de séjour et de repas de l'accidenté ou de la personne accompagnante, non pris en charge à titre de prestation en nature, sont remboursés sur présentation des factures acquittées mais jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par l'article 28 des statuts de la CNS.

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

Art. 28. Est pris en charge le rapatriement en ambulance d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle dans un Etat membre de l'UE, d'une clinique étrangère vers un hôpital luxembourgeois pour la continuation d'un traitement stationnaire ou vers son domicile, à condition que le moyen de transport et la destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital.

Art. 29. Les subventions aux personnes ayant perdu l'usage d'un ou de plusieurs membres sont versées pour les accidents survenus avant le 1.1.2011 et correspondent aux prestations de même nature accordées par l'Office des dommages de guerre et sont fixées comme suit:

- subvention normale (amputation simple): 92 €;
- subvention majorée (amputations multiples): 130 €.

Section 3: Prestations de l'assurance dépendance

Art. 30. Pour les personnes à considérer d'après l'appréciation de la CEO comme dépendantes au sens des articles 348 et 349 C.S.S. à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la CNS procède pour compte de l'AAA au paiement de l'ensemble des prestations en milieu stationnaire ou en cas de maintien à domicile accordées par la CEO et en demande le remboursement à l'AAA.

Les aides techniques et les adaptations du logement sont pris en charge conformément aux modalités et dans les limites prévues par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins. Toutefois ces limites sont portées au double pour les adaptations au logement.

En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance, l'assuré doit présenter une demande auprès de la CNS en utilisant le formulaire prescrit par celle-ci.

Section 4: Prestations à l'étranger

Art. 31. En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, le règlement 883/2004 est applicable à tous les ressortissants d'un Etat membre de la UE.

Le travailleur salarié ou non salarié qui réside sur le territoire d'un autre Etat membre et qui est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie dans l'Etat de sa résidence des prestations en nature servies, pour compte de l'AAA, par l'institution du lieu de résidence selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié.

A cet effet l'AAA émet le formulaire DA1 (attestation de droit aux prestations en nature).

Pour toutes les factures, quittances, etc. émanant de fournisseurs étrangers (incl. «Durchgangsarztberichte, Nachschauberichte», frais de voyage à l'étranger), il est émis sans délai un formulaire DA1, ceci même en cas d'affaire «en suspens» ou «non déclarée».

Art. 32. Les prestations de soins de santé délivrées à l'étranger aux assurés résidant au Luxembourg sont prises en charge par l'AAA dans les conditions établies par les articles 23 à 30 des statuts de la CNS 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 professionnelles, auxquels le Luxembourg est lié, étant précisé que la convention belgo-luxembourgeoise entrée en vigueur le 1^{er} mai 1995 n'est pas applicable en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle.

A cet effet l'AAA émet un formulaire DA1 sur le vu de l'accord du CMSS.

Section 5: Allocation de prestations supplémentaires

Art. 33. Si en dépit des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles, statutaires et des présentes règles complémentaires, les prestations de soins de santé au sens de l'article 17 du C.S.S. et les prestations prévues aux articles 347 et suivants du C.S.S. sont jugées insuffisantes au vu de la situation de l'assuré, l'AAA peut accorder, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation, des prestations en nature complémentaires à celles prévues ci-avant. Lorsque le montant de ces prestations dépasse 730 €, leur octroi requiert également l'accord du comité directeur.

Chapitre 4: Modalités d'indemnisation du dégât matériel

Dégât vestimentaire

Art. 34. Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels (montre, parapluie, sac à main, etc.) est accordé sur présentation de la facture, déduction faite d'un pourcentage de 20% par année entière pour vétusté. Toutefois pour les objets énumérés ci-après, la prise en charge ne peut être inférieure aux montants ci-dessous qui sont également accordés à défaut de présentation d'une facture.

manteau	58 €
tailleur/costume	55 €
blouson/veste	42 €
casque moto	38 €
imperméable	36 €
robe	21 €
chaussures	15 €
téléphone mobile	15 €
jupe/pantalon	13 €
pullover	12 €
blouse/chemise	11 €
sac à main	11 €
casque vélo	8 €
montre-bracelet	8 €
gants	7 €
sous-vêtement	3 €

Dégâts aux véhicules automoteurs

Art. 35. Le dégât au véhicule automoteur est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. En cas de réparation, l'indemnité n'est versée à l'assuré que sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

A défaut d'expertise, l'AAA détermine la valeur du véhicule avant l'accident par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion à l'aide d'une banque de données informatique utilisée par les professionnels.

En cas de réparation du véhicule par un professionnel légalement établi, l'indemnité à allouer ne peut pas dépasser la valeur déterminée en application de l'alinéa qui précède et est remboursée intégralement sur présentation d'une facture acquittée.

En cas d'abandon du véhicule, la valeur du véhicule déterminée en application de l'alinéa 2 ci-dessus est diminuée d'un montant forfaitaire de 110 € représentant la valeur de l'épave. Il est toutefois loisible à l'assuré d'établir la valeur moins élevée de l'épave par une facture émanant d'un professionnel légalement établi.

L'AAA rembourse les frais d'expertise si celle-ci a été effectuée à la demande de l'assuré et si ce dernier les a pris en charge. Les frais de dépannage, de remorquage, de gardiennage et de remplacement du véhicule ne sont pas pris en charge.

Art. 36. Les montants inscrits aux chapitres 3 et 4 correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.