

Sommaire

Chapitre Ier: Dénomination, Siège et Objet	1
Chapitre II: Conditions d'admission, de démission et d'exclusion	1
Chapitre III: Organisation financière.....	3
Chapitre IV: Cotisations	3
Chapitre V: Les Prestations du régime commun.....	4
Sous-chapitre I: Dispositions communes	4
Sous-chapitre II: Les prestations servies au Grand-Duché de Luxembourg	5
Sous-Chapitre III: Les prestations servies à l'étranger.....	11
Chapitre VI: Les prestations du régime particulier	17
Chapitre VII: Administration	17
Chapitre VIII: Contestations	20
Chapitre IX: Modifications des statuts.....	20
Chapitre X: Dissolution et liquidation	20
Chapitre XI: Dispositions transitoires	21
ANNEXE I : a) Interventions chirurgicales légères et moyennes	22
ANNEXE I : b) Interventions chirurgicales graves.....	42
ANNEXE I : c) Traitements médicaux graves avec indication de la durée d'hospitalisation maximale prise en charge	49
ANNEXE II : Conventions	50
ANNEXE III : CONVENTION CMCM-Assistance.....	69
ANNEXE IV : a) GARANTIE «PRESTAPLUS».....	77
ANNEXE IV : b) GARANTIE «DENTA & OPTIPLUS»	81

Chapitre Ier: Dénomination, Siège et Objet

Art. 1er - Dénomination et siège

Il est institué au sein de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise une société de secours mutuels qui prend le titre de «Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg», désignée par «la CMCM» dans les présents statuts.

La CMCM est régie par la loi du 7 juillet 1961 concernant les sociétés de secours mutuels et le règlement grand-ducal du 31 juillet 1961 déterminant le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tels qu'ils ont été et seront modifiés dans la suite. Elle est issue de la fusion de la «Caisse Chirurgicale Mutualiste» avec la «Caisse Dentaire Mutualiste» du Grand-Duché de Luxembourg au 1er janvier 1976.

La CMCM a son siège à Luxembourg.

Art. 2 - Objet

La CMCM a pour objet de garantir à ses affiliés, ainsi qu'aux membres de leur famille, désignés à l'article 3, des aides financières conformément aux présents statuts.

Chapitre II: Conditions d'admission, de démission et d'exclusion

Art. 3 - Admission

1. Peut être affiliée à la CMCM toute personne, membre d'une société de secours mutuels reconnue par l'Etat et affiliée à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise, qui remplit une des conditions suivantes:

- a) être assurée à titre obligatoire ou volontaire auprès d'une caisse de maladie luxembourgeoise ou du régime commun de l'Assurance de Maladie des Communautés Européennes ou similaires, désignés par «la caisse de maladie» dans les présents statuts et avoir son domicile au Grand-Duché de Luxembourg ou dans les pays limitrophes;
- b) être assurée à titre obligatoire ou volontaire auprès d'une institution d'assurance maladie du régime légal d'un pays limitrophe désignée par «la caisse de maladie» dans les présents statuts et avoir son domicile au Grand-Duché de Luxembourg ou dans les régions limitrophes;

par «régions limitrophes», il faut comprendre:

- pour l'Allemagne: les «Länder» de Sarre et de Rhénanie-Palatinat
- pour la Belgique: les provinces de Liège et de Luxembourg
- pour la France: les départements de Moselle et de Meurthe et Moselle

Par dérogation aux conditions prévues sub a) et b) ci-dessus, l'affiliation auprès de la CMCM peut être continuée pour l'affilié qui transfère sa résidence à l'étranger. Il en est de même pour le coaffilié qui devient affilié principal, sous réserve cependant de l'observation du délai de 9 mois visé à l'article 13 sub 2.

Les personnes susvisées sont désignées par «l'affilié» dans les présents statuts.

2. Sont assimilées à l'affilié les personnes énumérées ci-après et désignées par «les coaffiliés» dans les présents statuts:

- a) le conjoint ou partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
- b) le parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou partenaire tient le ménage de l'affilié principal pour autant qu'il bénéficie de la coassurance du chef de l'affilié, de son conjoint ou partenaire auprès d'une caisse de maladie;
- c) les enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs pour autant qu'ils bénéficient de la coassurance du chef de leur père ou mère auprès d'une caisse de maladie;
- d) les enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'affilié et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien complet, pour autant qu'ils bénéficient de la coassurance du chef de l'affilié, de son conjoint ou partenaire auprès d'une caisse de maladie.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, l'affiliation du coaffilié est maintenue jusqu'à l'âge de 19 ans, même si ce dernier est assuré à titre obligatoire auprès d'une caisse de maladie.

Les coaffiliés sont également soumis à l'application des dispositions énumérées au paragraphe 1 sub b) du présent article.

3. En cas respectivement de divorce ou fin de partenariat, le conjoint ou partenaire peut s'affilier sans délai de carence endéans les neuf mois suivant la prononciation du divorce ou de la fin du partenariat, sur présentation d'un extrait de l'acte de mariage avec mention marginale du divorce ou d'un certificat attestant que le partenariat a été valablement dissout.
4. En cas de décès de l'affilié, ses coaffiliés peuvent continuer l'affiliation aux conditions prévues par les présents statuts.
5. L'affiliation est fixée au premier jour du mois qui suit l'entrée de la demande d'adhésion à la CMCM, sous réserve d'affiliation auprès d'une société de secours mutuels endéans les 3 mois, mais ne sort ses effets qu'avec le règlement de la cotisation échue.

Par dérogation à ce qui précède et sur demande expresse du nouveau membre, l'affiliation peut également être fixée rétroactivement au premier jour du mois de l'introduction de la demande d'adhésion auprès de la CMCM. Dans ce cas, les prestations pour lesquelles aucun délai de carence n'est à observer, ne seront accordées que si elles ont été fournies postérieurement à la date d'acceptation de la demande d'adhésion par la CMCM. La cotisation est cependant redevable pour le mois entier.

6. Tout changement d'adresse et d'état civil est à communiquer sans délai à la CMCM.

Art. 4 - Démission

Tout affilié peut démissionner de la CMCM par lettre recommandée.

La lettre de démission doit parvenir à la caisse avant le 30 novembre de l'année courante pour être prise en considération pour l'année suivante.

Art. 5 - Radiation

Seront radiés les affiliés qui, 30 jours après un rappel notifié par lettre recommandée, ne se sont pas encore acquittés du paiement des cotisations dues.

La radiation est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée.

Art. 6 - Exclusion

Seront exclus de la CMCM:

- 1) Les affiliés qui ne sont plus membres d'une société de secours mutuels. L'exclusion prendra effet au premier jour du mois qui suit la notification afférente à la CMCM par la société de secours mutuels.
- 2) Les affiliés convaincus d'actes contraires aux principes mutualistes et cela avec effet immédiat.

L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration de la CMCM, visé à l'article 32 et désigné par «le conseil d'administration» dans les présents statuts. Elle est communiquée à l'intéressé par lettre recommandée.

Un recours peut être formulé par écrit au conseil d'administration dans les 40 jours à compter à partir de la notification de l'exclusion.

Art. 7 - Réadmission

Les affiliés, qui ont démissionné par écrit avant leur départ pour l'étranger, peuvent redevenir membres de la CMCM lors de leur retour, sous réserve des dispositions des articles 3, paragraphe 1 et 13, paragraphe 1 des présents statuts.

Par dérogation à ce qui précède, les affiliés des régions limitrophes qui ont démissionné par écrit avant le transfert de leur résidence hors des régions limitrophes à l'exclusion du Grand-Duché de Luxembourg, peuvent redevenir

membres de la CMCM lors de leur retour, sous réserve des dispositions des articles 3, paragraphe 1 et 13, paragraphe 1 des présents statuts.

Les membres démissionnaires, radiés ou exclus peuvent être réadmis par le conseil d'administration sous réserve des dispositions des articles 3, paragraphe 1 et 13, paragraphe 4 des présents statuts.

Chapitre III: Organisation financière

Art. 8

1. Les recettes de la CMCM sont constituées par:
 - a) les cotisations des affiliés;
 - b) les droits d'entrée;
 - c) les dons et legs de particuliers;
 - d) les subventions accordées par l'Etat et les communes;
 - e) les intérêts des fonds placés.

Il ne sera perçu des affiliés aucune contribution pour des objets non prévus par les présents statuts et il ne sera fait aucun emploi des deniers communs pour des objets non prévus par ces mêmes statuts.

2. Les dépenses de la CMCM se composent:
 - a) des versements des prestations;
 - b) des frais de gestion.

Les prestations servies par la CMCM sont incessibles et insaisissables.

3. Pour garantir le paiement des prestations, la CMCM constitue en fonds propres un fonds de réserve statutaire qui ne peut être inférieur à la moitié de la moyenne annuelle calculée sur la base des dépenses annuelles des cinq exercices précédant l'exercice en cours.

Chapitre IV: Cotisations

Art. 9 - Fixation du droit d'entrée

Chaque affilié règle lors de son affiliation un droit d'entrée fixé uniformément à 5 €, quel que soit le nombre de ses coaffiliés.

Les coaffiliés et les jeunes chômeurs ainsi que les affiliés visés respectivement aux paragraphes 2 et 3 de l'article 13 ci-après sont dispensés du droit d'entrée s'ils adhèrent à la CMCM endéans les délais prévus pour ces affiliés à l'article 13.

Art. 10 - Fixation des cotisations

1. L'affilié règle une cotisation familiale de base sur demande et d'avance qui est fixée à 22,46 € (25,00 € à partir du 1.1.2011) par an au nombre-indice 100 du coût de la vie.
 - a) Pour l'affilié adhérent à la CMCM après l'âge de 40 ans, la cotisation de base est majorée de 20%.
 - b) Pour l'affilié adhérent à la CMCM après l'âge de 60 ans, la cotisation de base est majorée de 40%.
 - c) La cotisation de base majorée est calculée suivant l'année de calendrier consécutive à celle au cours de laquelle l'affilié adhérent atteint ses 40 respectivement 60 ans.

La cotisation est perçue pour l'année de cotisation sur base de la moyenne semestrielle des indices des prix à la consommation rattachés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

2. Pour pouvoir prétendre aux prestations du régime particulier visées au chapitre VI, l'affilié doit régler les cotisations afférentes fixées sous ce même chapitre.
3. Le coaffilié adhérent à la CMCM en tant qu'affilié principal endéans un délai de 9 mois, tel que défini à l'article 13.2 des statuts, est dispensé du paiement de la cotisation pour l'année au cours de laquelle il perd le statut de coaffilié.

Art. 11 - Echéance des cotisations

Toutes les cotisations sont payables à la CMCM dans les 30 jours qui suivent l'appel de cotisation.

En cas de non paiement endéans ce délai, il est fait application de l'article 5 des présents statuts.

Les frais de recouvrement et de rappel des cotisations arriérées sont à charge de l'affilié.

La cotisation peut être prélevée par tranches.

Le conseil d'administration peut, avec l'accord de la société de secours mutuels de l'affilié, fixer un autre mode de recouvrement de la cotisation. Les cotisations arriérées restent dues à la CMCM.

La cotisation annuelle encaissée reste acquise entièrement à la CMCM pour l'année de cotisation au cours de laquelle l'affilié perd sa qualité de membre principal.

Le remboursement de cotisations indûment payées par l'affilié ne peut se faire que pour les 3 dernières années d'affiliation.

En cas de décès de l'affilié, le solde débiteur de cotisation éventuel restera dû par les héritiers lorsque la CMCM sera appelée à intervenir. La CMCM se réserve le droit de déduire ce solde débiteur des montants de prestations à régler.

Chapitre V: Les Prestations du régime commun

Sous-chapitre I: Dispositions communes

Art. 12 - Généralités

1. La CMCM intervient dans la prise en charge des frais pour soins de santé dispensés tant au Grand-Duché de Luxembourg qu'à l'étranger en cas:
 - a) d'une hospitalisation;
 - b) d'un traitement médico-dentaire;
 - c) d'une intervention chirurgicale ambulatoire.

La CMCM fait en outre bénéficier ses affiliés d'une garantie d'assistance en cas de déplacement à l'étranger;

2. Les statuts prévoient:
 - a) des prestations de base (régime commun);
 - b) des prestations supplémentaires auxquelles l'affilié peut souscrire à titre volontaire (régime particulier).
3. Sauf disposition contraire, les prestations sont calculées sur base des prestations servies par l'assurance maladie obligatoire du Grand-Duché de Luxembourg visée par le Code des Assurances Sociales et désignée par «assurance maladie» dans les présents statuts.
4. Elles ne peuvent en aucun cas dépasser le découvert, restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie.

Art. 13 - Droit aux prestations - Délai de carence

1. a) Pour avoir droit aux prestations de la CMCM, les affiliés doivent respecter un délai de carence de 3 mois.
 - b) Par dérogation au paragraphe a) ci-dessus, aucun délai de carence n'est requis pour les prestations visées à l'article 26 sub 2 des présents statuts, sous respect toutefois des conditions reprises à l'article 3.
2. Les coaffiliés sont exempts du délai de carence, s'ils adhèrent en qualité d'affilié à la CMCM endéans un délai de 9 mois
 - après l'atteinte de l'âge limite, prévu au paragraphe 2 alinéa 3 de l'article 3,
 - après leur changement d'état civil ou
 - après l'expiration de leur qualité de coaffilié.

Il en est de même des affiliés, assurés antérieurement pendant 12 mois au moins auprès d'un organisme reconnu par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

3. Les jeunes chômeurs ayant dépassé l'âge limite prévu à l'article 3, paragraphe 2, alinéa 2 ci-avant et n'ayant pas encore droit à l'indemnité de chômage, restent coaffiliés auprès du chef de famille pendant 6 mois.

Ces mêmes personnes sont exemptes du délai de carence si elles adhèrent à la CMCM endéans un délai de 15 mois après l'expiration de leur qualité de coaffilié.

4. Une réadmission éventuelle par le conseil d'administration des membres démissionnaires, radiés ou exclus entraînera l'application d'un nouveau délai de carence qui est porté à 12 mois.
5. Le délai de forclusion, au-delà duquel les affiliés ou leurs ayants-droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à deux années comptées à partir de la date du paiement de la facture établie par les prestataires de soins de santé et fournisseurs. En ce qui concerne la prise en charge directe par le système du «tiers payant», le délai de forclusion est fixé à deux années comptées à partir de la date de la prestation mise en compte par les prestataires de soins de santé et fournisseurs.

Art. 14 - Modalités du versement des prestations

1. Les affiliés ou leurs coaffiliés qui ont touché de la part de la CMCM des prestations sont tenus à subroger celle-ci dans leurs droits éventuels contre les tiers.

Cette subrogation se fera au moment du décaissement effectué par la CMCM au moyen d'une quittance subrogatoire et ce jusqu'à concurrence du montant remboursé.

2. Les remboursements de la CMCM peuvent être valablement versés, soit entre les mains de l'affilié, soit entre les mains de toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente.

Art. 15 - Frais non couverts

Ne sont notamment pas à charge de la CMCM:

- a) les fournitures de soins résultant d'une infirmité ou d'une affection antérieure à l'affiliation ou d'affections provoquées par des actes et faits de guerre civile ou étrangère, par un cataclysme ou des rixes;
- b) les divers appareils qui pourraient être nécessaires à la suite d'une opération, sauf les prothèses externes et internes nécessitées à la suite d'un traitement médico-chirurgical ou d'une intervention chirurgicale;
- c) les opérations de chirurgie esthétique;
- d) les prestations fournies pour convenance personnelle et les prestations dites de «luxe»;
- e) les cas d'hébergement reconnus comme tels par l'assurance maladie ou par le médecin-conseil de la CMCM;
- f) toutes les cures autres que celles autorisées par les présents statuts;
- g) les hospitalisations, traitements et autres fournitures non autorisés ou refusés par l'assurance maladie;
- h) les mémoires d'honoraires émanant des médecins-dentistes non conventionnés ou non agréés par la Sécurité Sociale luxembourgeoise;
- i) la participation personnelle de l'assuré d'une caisse de maladie dans les frais pour prothèses dentaires au cas où cet assuré n'a pas consulté annuellement pendant 2 ans consécutifs au moins, le médecin-dentiste à titre préventif.

Sous-chapitre II: Les prestations servies au Grand-Duché de Luxembourg

Art. 16 - Dispositions générales

1. La CMCM intervient dans la prise en charge des frais pour soins de santé de ses affiliés dispensés au Grand-Duché de Luxembourg en cas:

- a) d'une intervention chirurgicale ambulatoire telle que définie à l'annexe I des statuts;
- b) d'une hospitalisation;

Les prestations servies en cas d'hospitalisation se distinguent suivant que l'hospitalisation est prescrite:

- pour un traitement médical ou

- pour interventions chirurgicales légères ou moyennes, interventions chirurgicales graves ou traitements médicaux graves, tels que ceux-ci sont énumérés aux annexes la, lb et lc des présents statuts.

c) d'un traitement médico-dentaire.

2. Les prestations ne peuvent, en aucun cas, dépasser le découvert restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie.
3. Les prestations sont calculées par référence aux tarifs applicables à l'assurance maladie d'après la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes, ces tarifs étant désignés par «tarifs officiels» dans les présents statuts.

Les prestations fixées par référence au nombre-indice 100 du coût de la vie, sont adaptées aux variations dudit nombre-indice, d'après les dispositions régissant la législation sur les traitements des fonctionnaires de l'Etat.

4. Le conseil d'administration peut, sur avis de son médecin-conseil, accorder des prestations statutaires en faveur d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médico-dentaire pour lesquels un tarif médical ou médico-dentaire n'a pas encore été établi et qui de ce fait est traité par «analogie».
5. Si, au cours de l'année, une nouvelle nomenclature de un ou plusieurs actes tarifés est appliquée par l'assurance maladie, le conseil d'administration peut s'y rallier.
6. Les délais pré- et postopératoires en relation avec une intervention chirurgicale ou un traitement médical grave réalisés au Grand-Duché de Luxembourg sont de 90 jours précédant et 90 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

Les prestations en cas d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale ambulatoire

Art. 17 - Frais de séjour à l'hôpital

1. La CMCM accorde un forfait journalier de 1,80 € au nombre-indice 100, applicable aux hospitalisés en 2^e classe à 2 lits, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier.
2. En cas d'intervention chirurgicale légère ou moyenne, ce forfait est accordé jusqu'à concurrence de la durée d'hospitalisation accordée par l'assurance maladie.
3. La CMCM accorde un forfait journalier couvrant à hauteur de 100% la différence entre les frais de séjour en 1^{ère} classe avec sans salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2^{ème} classe à deux lits:
 - a) pour la durée d'hospitalisation autorisée par l'assurance maladie en cas d'intervention chirurgicale grave énumérée à l'annexe l b) des présents statuts;
 - b) pour la durée d'hospitalisation fixée à l'annexe l c) des présents statuts en cas de traitement médical grave;
 - c) pour la durée d'hospitalisation autorisée par l'assurance maladie en cas d'intervention chirurgicale aux affiliés bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance;
 - d) pour une hospitalisation sans intervention chirurgicale ni traitement médical grave d'un affilié bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance, jusqu'à concurrence d'une durée maximale de 30 journées par année de calendrier.

Art. 18 - Frais médicaux

1. La CMCM rembourse le découvert des frais de l'intervention chirurgicale ambulatoire proprement dite jusqu'à concurrence de la participation personnelle prévue à l'article 35 des statuts de la Caisse Nationale de Santé.
2. En cas d'intervention chirurgicale, la CMCM rembourse le découvert des honoraires médicaux et médico-dentaires jusqu'à concurrence des tarifs appliqués aux hospitalisés en 2^e classe.
3. La CMCM rembourse le découvert des honoraires médicaux et médico-dentaires applicables aux hospitalisés en 1^{ère} classe en cas:

- a) d'une hospitalisation pour cause d'intervention chirurgicale grave ou de traitement médical grave,
 - b) d'une hospitalisation avec intervention chirurgicale d'un affilié bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance;
 - c) d'une hospitalisation sans intervention chirurgicale ni traitement médical grave d'un affilié bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance, jusqu'à concurrence d'une durée maximale de 30 journées par année de calendrier.
4. En cas d'intervention chirurgicale au Grand-Duché par un professeur d'université de l'étranger, dûment autorisée par l'assurance maladie et le médecin-conseil de la CMCM, la CMCM rembourse le découvert des honoraires médicaux jusqu'à concurrence d'un montant équivalant au double des tarifs médicaux et médico-dentaires applicables au Grand-Duché pour une hospitalisation en 2ème classe.

Art. 19 - Prothèses externes et internes

1. La CMCM rembourse les frais des prothèses externes jusqu'à concurrence de 40% d'un prix limite de 1.500 €.

Les délais de renouvellement des prothèses externes et nécessitées à la suite d'un traitement chirurgical, sous réserve des dispositions de l'article 15 sub b) des présents statuts, sont les mêmes que ceux appliqués par l'assurance maladie.

2. La CMCM rembourse les frais des prothèses internes jusqu'à concurrence de 40% d'un prix limite de 1.500 €.
3. Par dérogation à ce qui précède la CMCM prend en charge les frais pour l'acquisition d'une perruque dûment autorisée par l'assurance maladie à la suite d'une série de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie avec un délai de renouvellement de 3 ans.

Le remboursement de la CMCM s'élève à 40% d'un prix limite de 250 €.

Art. 20 - Frais d'accompagnement

La CMCM rembourse les frais d'accompagnement jusqu'à concurrence du forfait journalier mis en compte par l'établissement hospitalier pendant la durée du séjour prise en charge pour l'hospitalisé par la CMCM en cas:

- a) d'une intervention chirurgicale grave ou d'un traitement médical grave;
- b) d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans;
- c) d'une intervention chirurgicale d'un affilié bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance;
- d) d'une hospitalisation sans intervention chirurgicale ni traitement médical grave d'un affilié bénéficiant de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées et ne bénéficiant pas de prestations accordées dans le cadre de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance, jusqu'à concurrence d'une durée maximale de 30 journées par année de calendrier.

Art. 21 - Cures

A la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical grave, la CMCM rembourse le découvert des frais d'une seule cure dûment autorisée par l'assurance maladie pendant 21 jours avec un maximum de 2 € au nombre-indice 100 par jour à condition que la cure débute endéans les 6 mois de la sortie de l'hôpital.

Art. 22

a) Frais divers

La CMCM rembourse le découvert des frais de médicaments et de kinésithérapie en relation avec l'intervention chirurgicale ou le traitement médical grave, pris en charge par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence des tarifs officiels, pendant un délai de 90 jours précédant et 180 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

b) Frais de traitement pré- et postopératoires

Les délais pré- et postopératoires de 90 jours visés à l'article 16 sub 6 des statuts, valent pour le remboursement, selon les tarifs officiels, d'éventuelles hospitalisations ou réhospitalisations en relation avec l'intervention chirurgicale proprement dite ou le traitement médical grave jusqu'à concurrence de la durée

maximale prévue à l'annexe Ic) des statuts. La présentation d'un certificat du médecin traitant attestant que l'hospitalisation est en relation directe avec l'acte opératoire ou le traitement médical grave en question, ainsi que l'avis favorable du médecin-conseil de la CMCM sont de rigueur.

c) Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les traitements dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en relation avec une intervention chirurgicale ou un traitement médical grave sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un forfait journalier maximal de 1,80 € au nombre-indice 100 pour la durée du séjour accordée par l'assurance maladie pendant un délai de 90 jours précédant et 180 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

d) Chirurgie réfractive

La CMCM participe au découvert des frais médicaux pour traitement de chirurgie réfractive à raison d'un montant maximal de 100 € au nombre-indice 100 par oeil en cas d'autorisation par l'assurance maladie.

Les prestations pour soins de médecine-dentaire

Art. 23

1. L'intervention de la CMCM se limite aux prestations pour soins de médecine dentaire prévues aux tarifs officiels.
2. La présentation d'un décompte détaillé de la caisse de maladie est obligatoire.

Art. 24

- 1) Sous réserve des dispositions de l'article 23 des statuts, la CMCM rembourse le découvert jusqu'à 100% des tarifs officiels des positions suivantes:

a) Soins gingivaux et dentaires

- DS1 Détartrage en une ou plusieurs séances
- DS2 Traitement médical de la parodontose, par séance
- DS3 Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance
- DS20 Anesthésie locale
- DS21 Anesthésie régionale

b) Extractions dentaires

- DS61 Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure
- DS62 Extraction simple d'une molaire inférieure
- DS63 Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures
- DS64 Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures
- DS65 Extraction simple des racines d'une dent mono- ou pluriradiculaire
- DS66 Extraction des racines d'une dent par morcellement
- DS67 Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie
- DS68 Extraction d'une dent en malposition
- DS71 Tamponnement d'une ou plusieurs alvéoles pour hémorragie post-opératoire, dans une séance ultérieure, par séance
- DS72 Traitement d'alvéolite consécutive à une ou plusieurs extractions, par séance
- DS73 Résection des bords alvéolaires après extractions multiples
- DS74 Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire
- DS75 Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire
- DS76 Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume
- DS77 Cure d'un kyste par marsupialisation
- DS78 Excision d'un cal fibreux
- DS79M Frais de matériel en cas de suture

c) Extractions chirurgicales

- DS88 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée
- DS89 Extraction chirurgicale d'une canine incluse
- DS90 Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie
- DS91 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires

- DS92 Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse
- DS93 Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)
- DS94 Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus
- DS95 Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire
- DS96 Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie

d) Orthodontie

- DT10 Moulages d'orthodontie fournis à la caisse
- DT11 Examen de la position des dents avec moulages
- DT21 Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif
- DT22 Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif
- DT23 Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction
- DT31 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil
- DT32 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période
- DT33 Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois à la fin de cette période
- DT34 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement
- DT35 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement
- DT36 Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle
- DT41 Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil
- DT42 Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période
- DT43 Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période
- DT44 Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement
- DT45 Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement
- DT46 Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle
- DT61 Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique
- DT62 Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique

Par dérogation à ce qui précède et en cas d'autorisation par l'assurance maladie, un remboursement du découvert jusqu'à concurrence de 20% du tarif officiel peut être accordé sur les positions DT41, DT42, DT43, DT44 et DT45, sous réserve de l'application de l'article 12 sub 4 des statuts.

2) Sous réserve des dispositions de l'article 23 des statuts, la CMCM rembourse pour les positions suivantes les montants maxima ci-après:

Soins gingivaux et dentaires

DS5	Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires	50 €
DS6	Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale	50 €
DS18	Reconstitution large d'une dent sur pivot	18 €
DS19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin	18 €
DS33	Aurification	13 €
DS34	Inlay, une face	35 €
DS35	Inlay portant sur deux faces d'une dent	35 €
DS36	Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent	35 €

3) Par dérogation aux dispositions de l'article 23 des statuts, la CMCM rembourse le montant maximum ci-après:

a) Chirurgie parodontale:

75 € par demi-arcade et par période de 5 ans

b) Implants dentaires:

90 € par implant dentaire

Art. 25

Sous réserve de l'application des articles 15 sub i) et 23 des statuts, la CMCM prend en charge le découvert des frais pour fournitures médico-dentaires jusqu'à concurrence des montants maxima ci-après:

1. Prothèse dentaire adjointe

DA12	Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée	38 €
DA13	Prothèse à squelette (à l'exception d'une seule dent et avec au minimum deux moyens d'attache)	140 €
DA23	Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic	18 €
DA32	Dent contreplaquée	8 €
DA33	Facette or	12 €
DA37	Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle	18 €
DA42	Crochet simple	5 €
DA43	Crochet de type compliqué	18 €
DA44	Crochet de prothèse squelettique	18 €
DA45	Attachements	40 €
DA52	Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus)	50 €
DA64	Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte	18 €

Par dérogation à l'article 15g), la CMCM prend en charge en cas de refus de remboursement par l'assurance maladie le découvert pour fournitures médico-dentaires jusqu'à concurrence des montants maxima ci-après:

DA11	Plaque base en résine synthétique	38 €
DA21	Empreinte par porte empreinte individuel	10 €
DA22	Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	18 €
DA31	Dent prothétique	10 €

Les prothèses dentaires adjointes provisoires sont prises en charge à raison de 20% du tarif officiel.

2. Prothèse dentaire conjointe

DB23	Couronne à facette	70 €
DB25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	75 €
DB26	Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe	40 €
DB28	Inlay servant de pilier de bridge	40 €
DB31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne	40 €
DB33	Couronne jacket en porcelaine	70 €
DB36	Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé	5 €
DB37	Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescelllement non compris	13 €
DB47	Élément de bridge céramo-métallique	70 €

La CMCM prend en charge les douze dents antérieures (supérieures et inférieures) des prothèses dentaires conjointes provisoires à raison de 13 € l'unité, à savoir:

16 - 11 / 21 - 26

La CMCM prend en charge les métaux précieux utilisés jusqu'à concurrence de 35 € par élément pour les positions suivantes:

DB21	Couronne coulée	
DB24	Couronne trois quarts	
DB29	Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	
DB30	Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	
DB48	Elément de bridge barre (spring bridge)	
DB49	Elément de bridge en métal massif	
DB50	Elément de bridge en résine	
DB51	Elément de bridge à facette ou dent à tube	

3. Prestations réservées à l'assurance accidents

DW18	Reconstitution large d'une dent sur pivot	18 €
DW19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin	18 €
DW20	Prothèse à squelette en métal non précieux	140 €
DW21	Crochet de type compliqué, métal non précieux	18 €
DW23	Couronne à facette	70 €
DW25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	75 €
DW28	Inlay servant de pilier de bridge	40 €
DW31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne	40 €

Sous-Chapitre III: Les prestations servies à l'étranger

Art. 26 - Dispositions générales

1. Pour des traitements médicaux ou médico-dentaires à l'étranger autorisés préalablement, la CMCM fournit les prestations suivantes:
 - a) En cas d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical grave, tels que énumérés à l'annexe I des statuts, avec ou sans hospitalisation, les prestations sont versées conformément aux articles 27 à 30 ci-après.
 - b) En cas de traitements médico-dentaires, les prestations sont versées conformément aux articles 23 à 25 ci-avant.
 - c) En cas de consultation d'un médecin spécialiste à l'étranger autorisée préalablement, les prestations sont versées conformément à l'article 30 sub f.
 - d) En cas d'hospitalisation pour un traitement médical, les prestations sont fournies conformément à l'article 30 a) sub 3) ci-après.
 - e) En cas de traitement par fécondation in vitro, les prestations sont fournies selon l'article 30 h) ci-après.
2. Pour un traitement urgent lors d'un séjour temporaire à l'étranger, la CMCM fournit les prestations ci-après, devenues immédiatement nécessaires en cas de maladie ou d'accident:
 - a) En cas d'assistance et en cas d'hospitalisation, les prestations sont versées conformément au contrat d'assistance repris à l'Annexe III.
 - b) En cas d'intervention chirurgicale ambulatoire, les prestations sont versées conformément à l'article 30 des présents statuts.
 - c) En cas de traitement ambulatoire sans intervention chirurgicale, la CMCM prend en charge le découvert pour frais médicaux et connexes ainsi que pour frais médico-dentaires, après participation de l'assurance maladie, jusqu'à un montant maximal de 620 € par année de calendrier.

Les personnes n'ayant pas droit aux garanties prévues par le régime CMCM-Assistance, peuvent bénéficier en cas de traitement ambulatoire ou de séjour hospitalier des prestations prévues à l'article 26.2.c dans tous les pays du monde à l'exclusion du Grand-Duché de Luxembourg et à plus de 50 kilomètres de leur domicile, après avis favorable du médecin-conseil de la CMCM.

3. La CMCM règle les frais:
 - a) soit en prenant en charge les dépenses par la voie du tiers payant. (Règlement par la voie du tiers payant).
 - b) soit en remboursant intégralement ou partiellement les dépenses avancées par l'affilié. (Règlement par remboursement).
 4. Les prestations ne peuvent dépasser, en aucun cas, le découvert restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie.
 5. Les prestations relevant du présent sous-chapitre ne sont pas cumulables avec les prestations de la garantie PRESTAPLUS reprise à l'annexe IV sub a) des présents statuts.
 6. Les délais pré- et postopératoires en relation avec une intervention chirurgicale ou un traitement médical grave réalisés à l'étranger sont de 90 jours précédant et 180 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.
 7. Les prestations prévues aux articles 27 à 30 ci-après, s'appliquent:
 - aux bénéficiaires domiciliés sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg
 - aux bénéficiaires domiciliés dans les régions limitrophes, à partir de plus de 50 kilomètres de leur domicile à l'exclusion du Grand-Duché de Luxembourg.
- Pour toutes les autres personnes sont applicables les prestations prévues aux articles 16 à 25.
8. En l'absence de l'attestation E112 établie par la Caisse Nationale de Santé, l'avis favorable du médecin-conseil de la CMCM est de rigueur pour les prestations visées aux articles 27 à 30 des présents statuts.

Règlement par la voie du tiers payant

Art. 27

1. L'intervention de la CMCM par la voie du «tiers payant» moyennant un bon de prise en charge, se pratique dans les hôpitaux et centres avec lesquels la CMCM a passé ou passera des conventions respectives.
2. a) Pour pouvoir bénéficier des prestations énumérées ci-après, la CMCM doit accorder préalablement les traitements médico-chirurgicaux à l'étranger visés à l'article 26 paragraphe 1 a) ci-avant.
A cette fin, la production préalable d'un certificat du médecin traitant attestant la nécessité de ce traitement et de l'attestation E112 établie par la Caisse Nationale de Santé, est de rigueur.
- b) Toutefois, en cas de transfert d'urgence vers l'étranger à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident, le certificat prévu à l'alinéa précédent est à présenter à la CMCM dans les plus brefs délais.
3. Dérogation: Au cas où l'accord de la CMCM n'a pas été sollicité dans les délais prévus au paragraphe 2 ci-avant, l'affilié peut bénéficier des mêmes prestations que celles prévues à l'article 28 ci-après sur présentation des factures afférentes acquittées par l'hôpital ou le centre avec lequel la CMCM a passé ou passera des conventions respectives.

Art. 28

1. Sous réserve des dispositions de l'article 27 ci-avant, la CMCM prend en charge les frais d'investigation, médicaux, opératoires, d'hospitalisation et connexes, conformément aux dispositions des conventions reproduites in extenso à l'Annexe II des présents statuts et énumérées ci-après:
 - 1) Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne et ses Centres de soins et de diagnostic;
 - 2) Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste - Centre Hospitalier de Metz;
 - 3) Barmer Ersatzkasse;
 - 4) Union Départementale Mutualiste de Meurthe-et-Moselle;
 - 5) Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen;
 - 6) Mutuelle de l'Est de Strasbourg;
 - 7) Centre Thermal de St. Gervais;
 - 8) Hôpitaux de Belgique.

2. Outre les prestations visées au paragraphe précédent, la CMCM intervient dans la prise en charge des frais suivants:

a) Prothèses externes et internes

1. La CMCM rembourse les frais des prothèses externes jusqu'à concurrence de 40% d'un prix limite de 1.500 €.

Les délais de renouvellement des prothèses externes et nécessités à la suite d'un traitement chirurgical, sous réserve des dispositions de l'article 15 sub b) des présents statuts, sont les mêmes que ceux appliqués par l'assurance maladie.

2. La CMCM rembourse les frais des prothèses internes jusqu'à concurrence de 40% d'un prix limite de 1.500 €.
3. Par dérogation à ce qui précède la CMCM prend en charge les frais pour l'acquisition d'une perruque dûment autorisée par l'assurance maladie à la suite d'une série de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, avec un délai de renouvellement de 3 ans.

Le remboursement de la CMCM s'élève à 40% d'un prix limite de 250 €.

b) Frais d'accompagnement

La CMCM rembourse les frais de séjour d'une personne accompagnant l'affilié hospitalisé pour intervention chirurgicale ou traitement médical grave jusqu'à un maximum de 10 € au nombre-indice 100 par jour pour la durée du séjour accordée par la CMCM à la personne hospitalisée sur présentation des factures originales afférentes acquittées.

Les frais d'accompagnement ne sont pas dus pour le séjour d'un affilié dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

c) Cures

A la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical grave, la CMCM rembourse le découvert des frais d'une seule cure dûment autorisée par l'assurance maladie pendant 21 jours avec un maximum de 2 € au nombre-indice 100 par jour à condition que la cure débute endéans les 6 mois de la sortie de l'hôpital.

d) Frais de voyage et de transports médicalisés

En cas de traitement médico-chirurgical visé à l'article 27 ci-avant, la CMCM accorde à l'affilié et en cas d'hospitalisation de l'affilié également à la personne accompagnante un forfait unique établi en fonction de la distance parcourue (aller-retour) à savoir:

- 25 € pour un parcours dépassant 200 km;
- 38 € pour un parcours dépassant 300 km;
- 51 € pour un parcours dépassant 400 km;
- 64 € pour un parcours dépassant 500 km.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les forfaits ci-dessus mentionnés ne sont dus qu'une seule fois par mois de calendrier pour les traitements en série.

En cas de traitement médico-chirurgical visé à l'article 27 ci-avant, la CMCM rembourse les frais de transport en ambulance, hélicoptère ou avion sanitaire, autorisé par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence de 30% du tarif officiel.

Les déplacements en taxi ne font pas l'objet d'un remboursement de la part de la CMCM.

e) Frais de rapatriement

Dans l'hypothèse d'un transfert autorisé conformément aux dispositions du présent article, la CMCM rembourse les frais de transport relatifs au rapatriement du défunt jusqu'à concurrence du montant maximal de 1.240 €.

f) Frais divers

La CMCM rembourse le découvert des frais médicaux, médicaments, investigations et moyens curatifs, en relation avec l'intervention chirurgicale ou le traitement médical grave, pris en charge par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence des tarifs officiels, pendant un délai de 90 jours précédant et 180 jours suivant les traitements médico-chirurgicaux visés à l'article 27 ci-avant.

g) Frais de traitement pré- et postopératoires

Outre les prestations visées au point f) qui précède, ces mêmes périodes pourront valoir pour le remboursement, selon les tarifs officiels ou conformément aux dispositions des conventions visées au paragraphe 1 ci-avant, d'éventuelles hospitalisations ou réhospitalisations en relation avec l'intervention chirurgicale proprement dite ou le traitement médical grave jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à l'annexe I c) des statuts.

La présentation d'un certificat du médecin traitant attestant que l'hospitalisation est en relation directe avec l'acte opératoire ou le traitement médical grave en question, ainsi que l'avis favorable du médecin-conseil de la CMCM sont de rigueur.

Règlement par remboursement

Art. 29

La CMCM garantit les prestations reprises à l'article 30 ci-après pour les traitements médico-chirurgicaux visés à l'article 26 paragraphe 1 a) ci-avant dans un établissement hospitalier à l'étranger avec lequel la CMCM n'a pas passé une des conventions reprises à l'Annexe II des présents statuts. A cette fin, la production préalable d'un certificat du médecin traitant attestant la nécessité d'un traitement médico-chirurgical à l'étranger et de l'attestation E112 établie par la Caisse Nationale de Santé, est de rigueur.

Art. 30

Outre les prestations visées aux points a) à e) du paragraphe 2 de l'article 28 ci-avant, la CMCM intervient dans la prise en charge des frais suivants:

a) Frais de séjour à l'hôpital

- 1) En cas d'hospitalisation pour intervention chirurgicale, la CMCM accorde un forfait maximal de 11 € au nombre-indice 100 par journée d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de la durée d'hospitalisation accordée par l'assurance maladie.
- 2) En cas d'hospitalisation pour traitement médical grave, énuméré à l'annexe I c) des statuts la CMCM accorde un forfait maximal de 11 € au nombre-indice 100 par journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de la durée maximale autorisée par les statuts.

Dans les mêmes conditions la CMCM prend en charge, sur présentation des factures originales afférentes, les séjours à l'étranger, si l'hôpital certifie n'avoir pu fournir l'hébergement au malade durant son traitement pré- ou postopératoire.

- 3) En l'absence d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave énumérés à l'annexe I des statuts, la CMCM accorde, pendant 60 jours au maximum par année de calendrier, un forfait maximal de 11 € au nombre-indice 100 pour les 10 premiers jours d'hospitalisation, ainsi qu'un forfait maximal de 2,50 € au nombre-indice 100 pour les 50 jours restants.

b) Honoraires médicaux

En cas d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave, la CMCM rembourse les frais médicaux jusqu'à concurrence d'un montant équivalant au double des tarifs médicaux, applicables au Grand-Duché de Luxembourg pour une hospitalisation en 2ème classe.

c) Frais connexes

En cas d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave la CMCM rembourse les médicaments, les investigations, les moyens curatifs et les moyens accessoires, remboursables par les organismes de sécurité sociale du pays où l'affilié est traité, jusqu'à concurrence de 40% des tarifs officiels établis dans ce pays.

d) Frais divers

La CMCM rembourse le découvert des frais pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie en relation avec l'intervention chirurgicale ou le traitement médical grave pendant les délais pré- et postopératoires prévus par les statuts.

e) Frais de traitement pré- et postopératoires

Outre les prestations visées au point d) qui précède, ces mêmes périodes pourront valoir pour le remboursement, selon les tarifs officiels et conformément aux dispositions visées sub a) alinéa 1 ci-dessus, d'éventuelles hospitalisations ou réhospitalisations en relation avec l'intervention chirurgicale proprement dite ou le traitement médical grave jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à l'annexe I c) des statuts.

La présentation d'un certificat du médecin traitant attestant que l'hospitalisation est en relation directe avec l'acte opératoire ou le traitement médical grave en question, ainsi que l'avis du médecin-conseil de la CMCM sont de rigueur.

f) Consultation d'un médecin spécialiste

Sous réserve d'autorisation préalable par le contrôle médical de la sécurité sociale, ou pour un affilié ne résidant pas au Grand-Duché d'une autorisation préalable par le médecin-conseil de la CMCM, celle-ci participe au découvert des honoraires et des frais médicaux connexes jusqu'à concurrence d'un montant de 100 € par consultation et se limite aux frais engagés le jour même de la consultation.

g) Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les traitements dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en relation avec une intervention chirurgicale ou un traitement médical grave sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un forfait journalier maximal de 11 € au nombre-indice 100 pour la durée du séjour accordée par l'assurance maladie pendant les délais pré- et postopératoires prévus par les statuts.

h) Traitement par fécondation in vitro

La CMCM participe au découvert des frais médicaux et connexes en relation avec le traitement par fécondation in vitro jusqu'à concurrence d'un forfait de 450 € par séance, quelle que soit la technique employée.

i) Chirurgie réfractive

La CMCM participe au découvert des frais médicaux pour traitement de chirurgie réfractive à raison d'un montant maximal de 100 € au nombre-indice 100 par oeil en cas d'autorisation par l'assurance maladie.

Chapitre VI: Les prestations du régime particulier

Art. 31

Le conseil d'administration de la CMCM est autorisé à garantir à ses affiliés des prestations supplémentaires à celles prévues au chapitre V ci-avant ou à coopérer en ce sens avec des organismes étrangers à caractère mutualiste. L'affilié peut prétendre à ces prestations s'il en fait une demande écrite et s'il consent à payer une cotisation supplémentaire afférente.

Les prestations et les cotisations ainsi que les contrats à conclure par la CMCM avec les organismes étrangers mutualistes sont à annexer à l'annexe IV des présents statuts et en font partie intégrante.

Chapitre VII: Administration

Le conseil d'administration

Art. 32

1. La CMCM est gérée et administrée par un conseil d'administration composé de douze membres au maximum, dont un président, deux vice-présidents et un secrétaire général.

Le conseil d'administration de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise désigne en son sein un membre supplémentaire qui a les mêmes droits et devoirs que les membres élus.

Chaque membre du conseil d'administration doit être assuré à tous les risques offerts par la CMCM.

Le Conseil Supérieur de la Mutualité Luxembourgeoise peut désigner en son sein un membre pour assister avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration de la CMCM.

2. Les membres susnommés ont droit au remboursement de leurs frais de déplacement. Des jetons de présence et des vacations peuvent être votés par le conseil d'administration.
3. Les membres du conseil d'administration peuvent se faire assister dans l'accomplissement de leurs fonctions par un ou plusieurs salariés.
4. Les salariés sont soumis aux dispositions légales et réglementaires régissant cette matière.
5. La qualité de salarié de la CMCM est incompatible avec la fonction de membre du conseil d'administration et avec celle des délégués visés sub 1 du présent article.
6. Le conseil d'administration peut s'adjoindre des conseillers techniques.
7. Les conditions de rémunération des salariés et des conseillers techniques sont fixées par le conseil d'administration.

Art. 33

1. Les membres du conseil d'administration sont élus par l'assemblée générale au scrutin secret et à la majorité relative des suffrages selon les dispositions afférentes ci-après.

Les candidats sont choisis parmi les affiliés de la CMCM ayant terminé leur stage tant pour le régime commun que pour le régime particulier, tels que déterminés par les présents statuts.

La candidature doit être adressée 40 jours avant la date fixée pour les élections au président du conseil d'administration de la CMCM par la société de secours mutuels où l'intéressé est inscrit comme membre.

La candidature doit porter obligatoirement la signature d'un membre dûment mandaté du comité de la société de secours mutuels et la contresignature du candidat lui-même.

Lorsque le nombre des candidats ne dépasse pas le nombre des mandats à conférer, tous les candidats sont à déclarer comme élus par acclamation par l'assemblée générale, sous réserve des dispositions prévues à l'article 34 ci-après.

Dans le cas contraire, il appartient à l'assemblée générale de procéder à l'élection des candidats.

Vingt jours avant l'assemblée générale le président doit porter à la connaissance de toutes les sociétés de base les noms et prénoms des candidats, ainsi que les noms des sociétés qui les ont proposés.

Les délégués des sociétés reçoivent lors de l'assemblée générale les bulletins de vote reprenant les noms des candidats classés par ordre alphabétique.

Chaque délégué dispose d'autant de suffrages qu'il y a de mandataires à élire.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 34 ci-après les candidats sont élus suivant les voix obtenues jusqu'à ce que tous les postes vacants au conseil d'administration soient occupés.

Au cas où le dernier poste à pourvoir réunirait deux ou plusieurs candidats à égalité de voix, est élu le candidat ayant la plus longue période d'affiliation à la CMCM.

Tous les autres candidats ne sont pas élus.

2. Le renouvellement des membres du conseil d'administration a lieu par moitié tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.
3. En cas de décès ou de démission d'un membre, la première assemblée générale suppléera à la vacance. Le candidat élu conformément aux dispositions du paragraphe 1. ci-avant, achèvera le mandat du membre décédé ou démissionnaire.

Si des élections n'auront pas lieu du fait que le nombre des candidats n'est pas supérieur au nombre des vacances, le candidat ayant la plus longue période d'affiliation à la CMCM, aura droit au mandat dont la durée sera la plus longue.

Lorsqu'une ou plusieurs vacances de postes résultant du décès ou de la démission d'un ou de plusieurs membres seront à pourvoir ensemble avec des postes venant à terme, il sera d'office procédé à des élections. La répartition des mandats se fera conformément aux résultats obtenus par les candidats. Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix, aura droit au mandat dont la durée sera la plus longue.

Art. 34

La fonction de membre du conseil d'administration de la CMCM est incompatible avec celle de commissaire aux comptes de la CMCM.

A l'exception du membre visé à l'article 32, paragraphe 1. alinéa 2, la fonction de membre du conseil d'administration ou de commissaire aux comptes de la CMCM est également incompatible avec celle de membre du conseil d'administration ou de commissaire aux comptes de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise.

Aucune société de base ne peut avoir plus d'un représentant au sein du conseil d'administration, les délégués du Conseil Supérieur de la Mutualité Luxembourgeoise et de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise ne représentant pas leur société.

Aucune société de base ne peut être représentée en même temps dans le conseil d'administration et dans le collège des commissaires aux comptes.

Art. 35

Le conseil d'administration de la CMCM choisit en son sein le président, les vice-présidents et le secrétaire général.

Art. 36

Le président surveille et assure l'exécution des statuts. Il est chargé de la police des assemblées, il signe tous les actes, arrêtés ou délibérations et représente la CMCM judiciairement et extra-judiciairement.

Les vice-présidents remplacent, en cas d'empêchement, le président.

Toute discussion politique ou religieuse au sein de la CMCM est strictement interdite.

Art. 37

1. Le conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président. Toutefois, cinq membres du conseil d'administration peuvent réclamer la convocation d'une réunion dudit conseil dans le délai de 15 jours avec indication de l'ordre du jour. Le conseil d'administration arrête son règlement d'ordre intérieur.

2. Le conseil d'administration est en nombre si la majorité de ses membres sont présents.

3. Il décide à la majorité des voix. Les abstentions ne sont pas comptées. En cas de partage des voix, celle du président prévaut.
4. Si un membre du conseil d'administration manque trois fois par année de calendrier sans excuse valable, il est de plein droit démissionnaire.

Commissaires aux comptes

Art. 38

La surveillance des opérations comptables et financières est opérée par un collège de quatre commissaires aux comptes.

Les modalités des articles 33 et 34 sont applicables par analogie aux commissaires aux comptes.

Assemblées générales

Art. 39

1. Chaque société de secours mutuels affiliée à la CMCM est représentée dans l'assemblée générale par des délégués dûment mandatés à choisir parmi ses membres ayant droit à toutes les prestations du régime commun de la CMCM.

Toutefois pour une assemblée générale extraordinaire étant appelée à statuer sur une modification du chapitre VI - prestations du régime particulier - et/ou de l'annexe IV y relative des présents statuts, chaque société doit choisir ses délégués obligatoirement parmi ses membres ayant droit aux prestations du régime commun, ainsi qu'aux prestations afférentes des garanties concernées du régime particulier, tels que déterminés par les présents statuts.

Le nombre des délégués est fixé comme suit:

- 1 délégué par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM ne dépasse pas 100
 - 2 délégués par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM se situe entre 101 et 200
 - 3 délégués par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM se situe entre 201 et 400
 - 4 délégués par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM se situe entre 401 et 800
 - 5 délégués par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM se situe entre 801 et 1600
 - 6 délégués par société dont le nombre des membres inscrits à la CMCM dépasse 1600.
2. Les délégués d'une même société peuvent se faire représenter mutuellement moyennant une procuration établie en due forme. Chaque délégué ne peut être porteur que d'une seule procuration.
 3. L'assemblée générale ordinaire, dûment convoquée 20 jours à l'avance par le conseil d'administration, peut valablement décider quel que soit le nombre des délégués présents ou représentés.

Art. 40

1. L'assemblée générale ordinaire a lieu au cours du deuxième trimestre de chaque année. Elle est annoncée au moins 60 jours à l'avance aux sociétés de secours mutuels.
2. Le compte rendu des opérations complètes de sa gestion de l'année écoulée est à porter par le conseil d'administration à la connaissance des sociétés de secours mutuels 20 jours avant l'assemblée.
3. Les noms des candidats pour les élections des membres du conseil d'administration et des commissaires aux comptes doivent être portés à la connaissance des sociétés de secours mutuels 20 jours avant la date fixée pour les élections.
4. Le président peut convoquer d'office une assemblée générale extraordinaire. Il doit en convoquer une, soit sur la demande du conseil d'administration, soit sur celle émanant au moins du tiers des sociétés adhérentes dans un délai de 30 jours au maximum.
5. Une convocation des délégués en assemblée générale extraordinaire, doit être annoncée 20 jours avant le jour de la réunion avec indication de l'ordre du jour.
6. Le compte-rendu de chaque assemblée générale ordinaire ou extraordinaire est à adresser pour information et approbation aux sociétés de secours mutuels dans un délai de 90 jours en autant d'exemplaires que de délégués prescrits par les statuts, plus un exemplaire pour le secrétariat de la société.

7. Toute observation ou contestation est à porter à la connaissance du conseil d'administration de la CMCM dans un délai de 30 jours à compter de la date d'expédition, aux fins de redressement.

Chapitre VIII: Contestations

Art. 41

1. Toutes les difficultés ou contestations qui pourraient surgir entre les affiliés et le conseil d'administration de la CMCM, seront jugées par deux arbitres nommés par les parties intéressées. Si l'une des parties néglige de faire cette désignation, le président de la CMCM pourra y procéder.
2. En cas de désaccord entre les deux arbitres, un tiers arbitre sera nommé par les 2 premiers arbitres et, à leur défaut, par le président du Conseil Supérieur de la Mutualité. La décision du collège des trois arbitres sera définitive.

Chapitre IX: Modifications des statuts

Art. 42

1. a) Toute modification des présents statuts et de ses annexes ne peut être votée que par une assemblée générale extraordinaire annoncée au moins 60 jours à l'avance aux sociétés de secours mutuels et spécialement convoquée à cet effet au moins 20 jours à l'avance avec indication expresse de l'ordre du jour.
b) En cas de modification des statuts de la Caisse Nationale de Santé ayant une incidence sur les prestations à fournir par la CMCM, le délai de 60 jours est réduit à 30 jours.
2. Chaque proposition présentée par une société de secours mutuels tendant à modifier les présents statuts et ses annexes doit être soumise au moins 40 jours avant la date fixée pour l'assemblée générale extraordinaire au conseil d'administration de la CMCM. Ce dernier doit porter le texte intégral et original de la proposition de modification statutaire soumise, avec le nom de la société en question, à la connaissance de chaque société de secours mutuels, en autant d'exemplaires que de délégués plus un pour le secrétariat.
3. Lors d'une assemblée générale extraordinaire convoquée pour statuer sur une modification des présents statuts, autre que celle prévue à l'alinéa ci-après, le nombre de délégués, présents ou représentés dans l'assemblée générale extraordinaire doit atteindre la majorité du nombre de délégués inscrits au droit de vote. Au cas où le quorum requis ci-avant ne serait pas atteint, une seconde réunion sera convoquée dans le délai de 60 jours. Cette assemblée générale extraordinaire pourra délibérer quel que soit le nombre des membres présents, mais uniquement sur le même ordre du jour.

Lors d'une assemblée générale extraordinaire convoquée pour statuer sur une modification du chapitre VI - prestations du régime particulier - et/ou de l'annexe IV y relative des présents statuts, seuls les délégués désignés par leurs sociétés de base conformément au paragraphe 1er de l'article 39 des présents statuts peuvent participer au vote sur ladite modification statutaire; un quorum minimal n'étant pas requis.

4. Les décisions des assemblées portant tant sur les modifications statutaires prévues à l'alinéa 1 du paragraphe 3 ci-dessus que sur celles prévues à l'alinéa 2 du même paragraphe doivent, pour être valables, réunir pour chacun des deux votes la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés désignés conformément aux dispositions afférentes des présents statuts. Par ailleurs les décisions doivent être homologuées par le Ministre de la Sécurité Sociale suivant les formes déterminées par l'article 2 du règlement grand-ducal du 31.7.1961 déterminant le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tel qu'il a été modifié dans la suite.

Chapitre X: Dissolution et liquidation

Art. 43

1. La dissolution de la CMCM ne peut être prononcée que dans une assemblée spécialement convoquée à cet effet au moins 30 jours à l'avance avec indication expresse de l'ordre du jour.

2. Cette assemblée doit atteindre la majorité du nombre de délégués inscrits au droit de vote. Au cas où le quorum ci-avant ne serait pas atteint, une seconde réunion sera convoquée dans le délai de 30 jours. Cette assemblée pourra délibérer quel que soit le nombre des membres présents. La décision en question doit réunir les suffrages des 2/3 des délégués présents et trouver l'approbation du Ministre qui a dans ses attributions les sociétés de secours mutuels. En cas de dissolution, la liquidation s'opérera suivant les conditions prescrites par l'article 8, alinéa 5, du règlement grand-ducal du 31 juillet 1961, déterminant le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tel qu'il a été modifié et sera modifié dans la suite.

Chapitre XI: Dispositions transitoires

Art. 44

1. Les affiliés qui, au moment de la fusion des «Caisses Chirurgicale et Dentaire Mutualistes» n'ont pas opté pour le risque médico-chirurgical, sont exclus du bénéfice des prestations autres que celles prévues par les présents statuts en cas d'intervention chirurgicale.

Il en est de même des prestations offertes par le contrat «CMCM-Assistance» repris à l'Annexe III et par le «Régime particulier» repris au Chapitre VI.

2. Par dérogation au paragraphe 1. de l'article 10 des présents statuts, la cotisation pour les affiliés visés au paragraphe 1. du présent article est fixée à 14,55 € par an au nombre-indice 100.
3. Le conseil d'administration est habilité à opérer pendant l'exercice 2002 de légères adaptations des prestations au niveau des arrondis appliqués par l'assurance maladie.
4. A partir du 1er janvier 2002, la dénomination «MUTEX-ASSISTANCE» sera changée en «CMCM-Assistance».

ANNEXE I : a) Interventions chirurgicales légères et moyennes

Liste des interventions chirurgicales énumérées au tarif des actes et services médicaux et médico-dentaires applicables en vertu des textes coordonnés modifiés du 13 décembre 1993 des conventions collectives réglant les relations entre l'Association des Médecins et Médecins-dentistes, d'une part, et la Caisse Nationale de Santé, d'autre part, et telles que retenues par la CMCM sur proposition du médecin-conseil de la CMCM et appelées par la CMCM «interventions chirurgicales légères et moyennes».

Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales

Section 1 - Médecine Générale

- 1M21 Mise en place d'une voie veineuse centrale (veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale), perfusion ou transfusion comprise
- 1M22 Dénudation d'une veine ou mise en place d'une voie veineuse centrale chez un enfant de moins de 3 ans, perfusion ou transfusion comprise
- 1M23 Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise
- 1M35 Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant
- 1M36 Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né
- 1M37 Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou analgésie
- 1M38 Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané
- 1M39 Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique
- 1M52 Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC
- 1M65 Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal
- 1M85 Immobilisation plâtrée d'un membre
- 1M86 Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux
- 1M87 Corset, lit plâtré ou corset minerve

Section 3 – Cardiologie

- 1C41 Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum)
- 1C42 Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant

- 1C51 Micro cathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions
- 1C52 Micro cathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions et oxymétrie étagée
- 1C55 Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque
- 1C56 Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique
- 1C61 Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée
- 1C62 Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée avec injection de produit de contraste et angiocardiographie
- 1C65 Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions
- 1C66 Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, avec injection de produit contraste et angiocardiographie, aortographie comprise
- 1C67 Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste, angiocardiographie (ventriculographie et/ou aortographie) et coronarographie sélective droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie

- 1C71 Angioplastie transluminale des coronaires, cathétérisme et angiocardigraphie compris, non cumulable avec 1C65 à 1C67
- 1C75 Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique
- 1C85 Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation
- 1C86 Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier

Section 4 - Pneumologie

- 1P11 Biopsie pleurale à l'aiguille
- 1P12 Institution d'un drainage pleural continu
- 1P14 Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale
- 1P22 Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides
- 1P23 Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser
- 1P24 Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires
- 1P25 Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser
- 1P31 Création d'un pneumothorax
- 1P32 Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax
- 1P35 Création d'un pneumomédiastin
- 1P36 Drainage endocavitaire pulmonaire
- 1P52 Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique
- 1P53 Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique
- 1P54 Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances
- 1P61 Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance

- 1P62 Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes
- 1P63 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique
- 1P64 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique
- 1P65 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire
- 1P66 Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie

Section 6 - Gastro-Entérologie

- 1G11 Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique
- 1G15 Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale
- 1G16 Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention
- 1G39 Oesophagoscopie avec biopsie
- 1G40 Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie
- 1G42 Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale
- 1G43 Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers
- 1G44 Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose
- 1G45 Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs
- 1G46 Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
- 1G51 Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise
- 1G52 Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif

- 1G55 Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique
 - 1G57 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie
 - 1G58 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)
 - 1G59 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse
 - 1G63 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance
 - 1G64 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes
 - 1G65 Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde
 - 1G67 Rectoscopie avec biopsie
 - 1G72 Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie
 - 1G73 Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies
 - 1G75 Colofibroscope totale avec biopsie
 - 1G76 Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies
 - 1G81 Colofibroscope du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
 - 1G82 Colofibroscope totale et traitement par laser de sténoses d'hémorragies
- Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelles**
- 1R11 Ponction-biopsie articulaire, coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou
 - 1R12 Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule,

- la hanche, la sacro-iliaque et le genou
 - 1R21 Ponction-biopsie osseuse ou trocart
 - 1R61 Ponction d'un disque et chimionucléolyse
 - 1R71 Arthroscopie avec ou sans biopsie
- Section 8 - Dermatologie**
- 1D11 Prélèvement de peau ou de muqueuse pour examen histologique - CAC
 - 1D12 Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC
 - 1D21 Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance
 - 1D22 Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance
 - 1D25 Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt
 - 1D26 Destruction de végétations vénériennes, par séance
 - 1D41 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm2
 - 1D42 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm2
 - 1D43 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm2
 - 1D51 Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm2
 - 1D52 Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm2
- Chapitre 2 - Chirurgie**
- Section 1 - Traitement des lésions traumatiques**
- 2L11 Immobilisation d'une fracture: main, poignet, pied, cheville
 - 2L12 Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras
 - 2L13 Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin

2L14	Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédiéux		du fémur, du tibia, des deux os de la jambe
2L15	Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L44	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise
2L17	Répétition d'un plâtre pour fracture		
2L18	Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L51	Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule
2L19	Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L52	Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied
2L21	Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)	2L53	Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale
2L22	Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L61	Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil
2L23	Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L62	Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule
2L24	Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L63	Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied
2L31	Traitement sanglant de fracture: clavicule, olécrane, métacarpe, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L64	Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche
2L32	Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L71	Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moins de 5 points) des parties molles
2L33	Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L72	Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)
2L34	Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L73	Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale
2L41	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L76	Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins
2L42	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L81	Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins)
2L43	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse	2L82	Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%)
			Section 2 - Chirurgie générale
		2G01	Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC

2G02	Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde	maximum 5 séances à mettre en compte
2G03	Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiales, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois	2G46 Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte
2G11	Excision d'une cicatrice vicieuse et suture	2G47 Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps
2G12	Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture	2G48 Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps
2G13	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	2G51 Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision
2G14	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains	2G52 Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)
2G15	Excision d'une fistule des parties molles	2G53 Implants de médicaments, de tissus
2G21	Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ²	2G55 Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance
2G22	Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ² , visage ou mains	2G56 Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)
2G23	Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ²	2G57 Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues
2G24	Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ² , visage ou mains	2G60 Biopsie musculaire
2G25	Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm ²	2G61 Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires
2G26	Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm ²	2G65 Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur
2G31	Greffes libres de peau totale	2G66 Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs
2G32	Greffe dermo-pileuse - APCM	2G67 Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs
2G33	Greffe muqueuse, acte isolé	2G68 Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus
2G34	Greffe cartilagineuse, acte isolé	2G71 Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT
2G36	Lipectomie abdominale antérieure - APCM	2G72 Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse
2G37	Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM	2G73 Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise
2G38	Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM	2G74 Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon
2G41	Autoplastie par rotation ou par glissement	2G75 Transplantation tendineuse simple
2G42	Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains	2G76 Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples
2G43	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance	2G81 Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt
2G44	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains	
2G45	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire;	

2G82	Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts	2F62	Extirpation complète des varices de la jambe et du pied
2G83	Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus	2F63	Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène
2G84	Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt	2F64	Réséction de la crosse de la saphène interne et de ses affluents
2G85	Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts	2F66	Pose d'un filtre cave ou d'un clip
2G86	Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus	2P11	Suture nerveuse primitive
2G91	Ténotomie	2P12	Suture nerveuse secondaire
2G92	Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)	2P14	Grefre nerveuse
2G93	Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)	2P15	Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux
2G94	Exérèse d'une gaine synoviale	2P16	Libération d'un nerf comprimé après fracture
2G95	Exérèse de deux gaines synoviales	2P21	Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse
2G96	Exérèse de trois gaines synoviales ou plus	2P22	Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique
2F11	Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique	2P23	Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres
2F12	Extirpation d'une chaîne ganglionnaire	2P24	Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil
2F13	Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale	2P25	Dénervation du poignet ou de la cheville
2F21	Ligature ou dénudation avec cathétérisme des vaisseaux principaux des membres, opération isolée	2P26	Dénervation de l'épaule
2F22	Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée	2P31	Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne
2F23	Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée	2P33	Réséction du nerf présacré
2F24	Ligature de la veine cave	2P34	Sympathectomie périartérielle
2F25	Artériectomie des vaisseaux principaux des membres	Section 3 - Chirurgie des os et des articulations	
2F26	Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse	2K11	Ablation d'exostoses ou de chondrome
2F27	Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen	2K12	Prise d'un greffon osseux - CAT
2F28	Suture vasculaire, opération isolée	2K13	Biopsie osseuse
2F61	Extirpation d'un paquet de varices	2K21	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os
		2K22	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os
		2K23	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse
		2K31	Transplantation ou greffe osseuse

2K32	Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K63	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou
2K34	Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K64	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche
2K35	Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K71	Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil
2K36	Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K72	Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet
2K41	Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K73	Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale
2K42	Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	Section 4 - Chirurgie des membres	
2K44	Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2E11	Aponévrotomie palmaire
2K45	Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2E12	Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire
2K46	Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synoviectomie du genou, appareil de fixation compris	2E13	Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts
2K47	Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire	2E14	Extirpation totale de l'aponévrose palmaire
2K51	Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante	2E15	Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts
2K52	Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante	2E21	Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise
2K53	Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2E22	Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise
2K54	Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2E25	Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie
2K55	Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2E28	Ablation de l'hygroma du coude
2K61	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2E31	Amputation partielle ou totale d'un doigt
2K62	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2E32	Amputation partielle ou totale de deux doigts
		2E33	Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus
		2E34	Amputation d'un doigt avec résection ou métacarpien
		2E35	Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens
		2E36	Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)
		2E37	Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)

2E38	Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)		pour luxation congénitale des hanches
2E41	Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	2E85	Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise
2E43	Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts	2E90	Prothèse totale de la hanche
2E44	Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)	2E91	Prothèse totale du genou
2E45	Enucléation d'un os du carpe	2E92	Prothèse totale de la cheville
2E46	Pollicisation d'un doigt	2E93	Prothèse totale de l'épaule
2E47	Phalangisation d'un métacarpien	2E94	Redressement non sanglant d'un pied bot
2E48	Restauration de l'opposition du pouce	2E95	Redressement sanglant d'un pied bot
2E49	Prothèse totale du coude	2E96	Changement de prothèse totale de la hanche
2E51	Suture du tendon d'Achille, du tendon rotulien ou de la longue portion du biceps (immobilisation comprise)	2E97	Changement de prothèse totale du genou
2E52	Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou	
2E53	Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2H11	Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée
2E54	Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2H12	Torticolis traité par allongement à ciel
2E61	Amputation partielle ou totale d'un orteil	2H13	Scalénotomie
2E65	Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2H21	Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou
2E71	Astragalectomie	2S11	Incision et drainage d'un abcès du sein
2E72	Patellectomie	2S21	Biopsie du sein
2E73	Ablation d'un hygroma prérotulien	2S22	Ponction-biopsie du sein - CAC
2E74	Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2S31	Ablation d'une tumeur bénigne du sein
2E75	Extirpation d'un névrome de Morton	2S61	Plastie d'un sein pour hypertrophie - APCM
2E81	Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2S62	Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein
2E82	Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2S71	Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire
2E83	Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2S72	Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire
2E84	Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale	2S73	Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM
		2S74	Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM
		2S75	Plastie d'augmentation du sein par prothèse - APCM
		2T11	Réséction d'une côte cervicale
		2T12	Réséction de côtes

- 2T23 Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant
- 2T31 Médiastinoscopie
- 2T61 Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale
- 2C22 Changement du boîtier du stimulateur cardiaque

Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen

- 2A11 Cure de hernie ombilicale
- 2A21 Cure de hernie inguinale, crurale ou autre
- 2A22 Cure de hernie étranglée sans résection viscérale
- 2A23 Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire
- 2A51 Laparotomie exploratrice et petite intervention éventuelle, non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
- 2A52 Laparotomie et cure d'une collection (abcès...), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
- 2D21 Gastrotomie, duodénotomie, entérotomie, non cumulable avec une intervention intra-abdominale
- 2D23 Gastrostomie, duodénostomie
- 2D24 Vagotomie tronculaire, acte isolé
- 2D61 Colostomie, caecostomie, iléostomie
- 2D71 Appendicectomie, acte non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
- 2D72 Ablation du diverticule de Meckel, avec ou sans appendicectomie
- 2D91 Opération de fixation d'un organe abdominal (pexie), abdominale
- 2B11 Cholécystotomie ou cholécystostomie
- 2R11 Intervention pour imperforation de l'anus, forme simple
- 2R12 Imperforation anale vraie, traitement par voie basse
- 2R21 Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance
- 2R22 Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes

- 2R23 Hémorroïdes ou prolapsus anal, excision
- 2R24 Hémorroïdes, résection circulaire
- 2R31 Cerclage de l'anus, acte isolé
- 2R32 Traitement chirurgical du prolapsus rectal (sans résection), toute voie d'abord
- 2R41 Traitement de plaies du canal anal et du périnée
- 2R42 Plaies du rectum, tumeurs bénignes du rectum, traitement par voie basse
- 2R43 Traitement par voie basse des lésions traumatiques complexes du périnée, du canal ano-rectal et des organes du petit bassin
- 2R51 Mise à plat des abcès de la marge de l'anus et des fistules intra-sphinctériennes
- 2R52 Traitement chirurgical des fistules et abcès profonds ou extra-sphinctériens de l'anus
- 2R53 Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire
- 2R61 Excision de tumeurs de la marge de l'anus

Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis

- 2N88 Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois
- 2V11 Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle
- 2V21 Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoïdite, pachyméningite
- 2V22 Laminectomie avec section des ligaments dentelés
- 2V23 Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire
- 2V61 Réduction et contention d'une fracture ou luxation cervicale par traction transosseuse
- 2V63 Ostéosynthèse cervicale par voie antérieure ou postérieure
- 2V71 Laminectomie cervicale simple, un niveau
- 2V73 Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie, par niveau

2V81	Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire	3N23	Incision d'un hématome ou d'un abcès intranasal - CAC
2V82	Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure	3N26	Ablation de polypes nasaux, la première séance
2V83	Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure	3N27	Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de 6 mois
2V84	Ostéosynthèse lombaire par voie antérieure ou postérieure	3N35	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance
2V91	Laminectomie dorsale ou lombaire simple, par niveau	3N36	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante
2V93	Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire	3N41	Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise
2V95	Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention	3N42	Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances
2V97	Réséction du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne	3N43	Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe
Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie			
Section 1 - Oreilles			
3R23	Paracentèse du tympan ou injection transtympanique	3N44	Réséction d'un éperon ou d'une crête de cloison
3R24	Drainage transtympanique	3N45	Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe
3R25	Extraction d'un polype de l'oreille moyenne	3N46	Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps
3R30	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage en cas de mutilation post-traumatique	3N47	Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps
3R31	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage; chirurgie de l'oreille décollée	3N48	Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM
3R41	Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif	3N51	Réséction sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale
3R42	Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif	3N52	Chirurgie de la rhinite atrophique
3R43	Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme	3N53	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances
3R44	Réséction large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3N54	Réséction endonasale d'une oblitération choanale osseuse
3R61	Mastoïdectomie simple	3N55	Réséction partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)
Section 2 - Nez et Sinus			
3N13	Rhinoscopie avec optique, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC	3N61	Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck
3N14	Sinuscopie avec optique et biopsie	3N62	Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté
3N21	Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise	3N65	Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté

- 3N66 Méatotomie inférieure, un côté
- 3N71 Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale, un côté
- 3N72 Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale
- 3N75 Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoïdal et/ou frontal

Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée

- 3L13 Naso-pharyngo-laryngo-fibroscope avec biopsie
- 3L18 Panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses, (sous anesthésie générale), biopsies comprises
- 3L23 Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise
- 3L31 Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise
- 3L32 Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie anesthésie locale comprise
- 3L34 Electrocoagulation endolaryngée, anesthésie local comprise, première séance
- 3L35 Electrocoagulation endolaryngée, anesthésie locale comprise, séance suivante
- 3L41 Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie
- 3L42 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans
- 3L43 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez une personne de plus de 12 ans
- 3L44 Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou deux temps
- 3L45 Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx
- 3L51 Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien

- 3L52 Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé
- 3L54 Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie
- 3L56 Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes
- 3L57 Microlaryngoscopie avec épiluchage complet d'une corde vocale
- 3L58 Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie, aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales
- 3L61 Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie
- 3L63 Trachéotomie ou trachéostomie
- 3L64 Pharyngotomie ou oesophagotomie
- 3L95 Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM

Chapitre 4 - Ophtalmologie

Section 1 - Examens Ophtalmiques

- 4E18 Angiographie fluorescéinique

Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

- 4A12 Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC
- 4A13 Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas
- 4A14 Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie)
- 4A15 Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales
- 4A16 Canthotomie
- 4A17 Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie
- 4A21 Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion
- 4A22 Trichiasis, opération sans greffe
- 4A23 Trichiasis, opération avec greffe libre
- 4A24 Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée
- 4A25 Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et/ou le muscle releveur
- 4A26 Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps

- 4A32 Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson
- 4A33 Stricturotomie du sac lacrymal
- 4A34 Dacryocystectomie
- 4A35 Dacryocystorhinostomie
- 4A36 Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale
- 4A37 Extirpation de la glande lacrymale
- Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée**
- 4G24 Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant
- 4G25 Suture de plaie simple de la conjonctive
- 4G26 Recouvrement conjonctival
- 4G31 Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre
- 4G32 Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre
- 4G33 Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie
- 4G34 Excision de néoformations étendues avec autoplastie
- 4G36 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival
- 4G37 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure, repérage ophtalmoscopique compris
- 4G38 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger du segment postérieur, repérage ophtalmoscopique compris
- 4G42 Tatouage de la cornée
- 4G43 Excision simple d'un ptérygion
- 4G44 Excision d'un symblépharon
- 4G45 Excision d'un ptérygion avec autoplastie
- 4G47 Paracentèse de la cornée, kératotomie
- Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique**
- 4G51 Extraction de corps étrangers intraoculaires
- 4G52 Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement
- 4G53 Capsulectomie pour cataracte
- 4G54 Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculectomie, trépanation sclérale, iridencleisis
- 4G55 Amputation du segment antérieur
- 4G61 Discision pour cataracte
- 4G64 Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé
- 4G65 Sclérotomie, ponction de la sclérotique
- 4G66 Sclérectomie avec ou sans iridectomie
- 4G67 Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier
- Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur**
- 4G74 Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, première séance pour une période de trois mois
- 4G75 Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois
- Section 6 - Orbité**
- 4G81 Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbite
- 4G82 Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite
- 4G83 Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite
- 4G92 Enucléation, éviscération du globe oculaire
- 4G93 Enucléation ou éviscération, moignon artificiel
- 4G95 Opération pour phlegmon de l'orbite
- 4G96 Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire
- 4G99 Greffe tissulaire intraorbitaire
- Chapitre 5 - Urologie**
- Section 1 - Appareil urinaire**
- 5U16 Première mise en place d'une sonde vésicale sus-pubienne

5U27	Lithotritie extracorporelle des voies urinaires	5R22	Lombotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein
5U28	Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie	5R31	Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde
5U32	Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5R33	Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)
5U33	Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5R61	Urétérotomie lombaire, urétérolyse
5U34	Urétrocystoscopie avec lithotritie	5R62	Urétérotomie pelvienne
5U35	Mise en place sous contrôle échographique d'un applicateur au niveau uro-génital pour curiethérapie	5R65	Urétérectomie secondaire totale
5U41	Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5R71	Urétérostomie cutanée
5U42	Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois	5R74	Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place
5U43	Urétrotomie interne endoscopique	5R83	Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral
5U44	Plastie endoscopique au téflon	5R87	Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'uretère; pour toutes les positions de la sous-section 3, à l'exception des positions 5R11, 5R31 et 5R32 - CAT
5U51	Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5R93	Prélèvement d'un rein chez un donneur décédé en vue d'une transplantation
5U52	Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5V13	Cystotomie avec ou sans extraction de calculs
5U61	Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal	5V14	Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée
5U62	Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5V15	Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur
5U63	Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance	5V16	Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical
5U64	Néphroscopie percutanée, séance ultérieure	5V51	Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie
5U65	Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5V53	Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale
5R11	Traitement opératoire de l'éventration lombaire	5V61	Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate
5R12	Lombotomie exploratrice	5V71	Méatotomie
5R13	Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique	5V73	Urétérotomie interne non endoscopique
5R21	Néphropexie	5V74	Urétérotomie externe, urétérostomie
		5V75	Urétérotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement ou section à ciel

- ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur
- 5V82 Urétroplastie en plusieurs temps, par temps opératoire
- 5V91 Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral
- 5V93 Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangreneux

Section 2 - Appareil génital masculin

- 5A11 Ponction biopsie de la prostate
- 5A12 Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale
- 5A13 Implantation transrectale de marqueurs intra-prostatiques pour le positionnement de la prostate en radiothérapie externe
- 5A41 Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)
- 5A42 Réduction sanglante du paraphimosis
- 5A43 Section ou plastie chirurgicale du frein
- 5A51 Traitement chirurgical de l'hypospadias balanique
- 5A52 Traitement chirurgical de l'hypospadias pénien ou périnéal
- 5A53 Traitement chirurgical de l'épispadias
- 5A55 Réintervention pour hypospadias ou épispadias
- 5A61 Amputation partielle de la verge
- 5A62 Amputation totale de la verge
- 5A66 Intervention pour rupture pénienne
- 5A68 Chirurgie de l'impuissance sexuelle avec ou sans prothèse - APCM
- 5A71 Chirurgie isolée du canal déférent, sauf opération de stérilisation, (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)
- 5A81 Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)
- 5A82 Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)
- 5A84 Cure de varicocèle
- 5A91 Plastie unilatérale pour stérilité sur l'épididyme et/ou le déférent

Chapitre 6 - Gynécologie

Section 1 - Obstétrique

- 6A11 Assistance à un accouchement
- 6A12 Assistance à un accouchement gémellaire
- 6A13 Assistance à un accouchement multiple (triple et plus)
- 6A21 Assistance à un accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 6A22 Assistance à un accouchement gémellaire de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 6A23 Assistance à un accouchement multiple de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 6A32 Extraction manuelle du placenta adhérent, taponnement éventuel compris
- 6A34 Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum
- 6A35 Suture d'une déchirure du col utérin
- 6A43 Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme
- 6A44 Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum
- 6A45 Réparation chirurgicale d'une inversion utérine
- 6A51 Extraction par le siège
- 6A52 Version par manoeuvres internes
- 6A53 Extraction instrumentale (forceps, ventouse)
- 6A54 Incision du col et suture
- 6A55 Embryotomie, basiotripsie
- 6A61 Opération césarienne, voie abdominale ou vaginale
- 6A71 Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse
- 6A72 Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse
- 6A86 Cerclage du col utérin
- 6A87 Choriocentèse-biopsie de trophoblaste
- 6A89 Pose de cathéter foetal en vue de drainage sous contrôle échographique, par pose

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

- 6G13 Biopsie du col
- 6G14 Prélèvement ou biopsie de l'endomètre
- 6G23 Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC
- 6G31 Coelioscopie, culdoscopie
- 6G32 Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)
- 6G33 Microhystéroscopie exploratrice avec ou sans biopsie
- 6G34 Microhystéroscopie avec traitement préalable de la muqueuse
- 6G35 Microhystéroscopie opérationnelle
- 6G41 Extirpation de la glande de Bartholin
- 6G42 Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale
- 6G43 Vulvectomie simple
- 6G51 Colpotomie
- 6G52 Opération de l'imperforation vulvaire
- 6G53 Opération de l'imperforation vaginale
- 6G54 Création d'un néovagin sans laparotomie
- 6G62 Dilatation sanglante du col, acte isolé
- 6G63 Ablation d'un polype du col
- 6G64 Electrocoagulation du col, première séance
- 6G65 Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines
- 6G66 Conisation du col ou opération analogue
- 6G67 Amputation du col
- 6G71 Colpopérinéorrhaphie postérieure
- 6G72 Colporraphie antérieure
- 6G73 Colporraphie antérieure et postérieure
- 6G74 Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)
- 6G81 Hystéropexie simple par voie haute
- 6G84 Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé
- 6G85 Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale
- 6G86 Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris
- 6G91 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM
- 6G92 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM
- 6G93 Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation; acte isolé

Chapitre 8 - Imagerie médicale

Section 1 - Radiodiagnostic

- 8V70 Artériographie unilatérale des artères intracrâniennes
- 8V71 Artériographie d'un membre, injection comprise
- 8V72 Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte sous-rénale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique
- 8V73 Artériographie thoracique ou abdominale
- 8V74 Artériographie d'une carotide par ponction directe
- 8V75 Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme
- 8V76 Artériographie unilatérale des artères du cou par cathétérisme
- 8V77 Artériographie médullaire
- 8V78 Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale
- 8V79 Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale
- 8V80 Artériographie locale par injection directe peropératoire
- 8V81 Phlébographie, injection comprise
- 8V83 Lymphographie, injection comprise
- 8V86 Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie
- 8V87 Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie

Section 2 - Radiothérapie

8T71	Mise en place sous anesthésie générale de gaines vectrices pour curiethérapie au niveau bucco-pharyngé	8P34	Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale
8T72	Mise en place d'un applicateur utéro-vaginal pour curiethérapie	8P35	Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
8T73	Mise en place percutanée de gaines vectrices pour curiethérapie interstitielle	8P36	Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée
Section 5 - Radiologie interventionnelle			
8P11	Angioplastie pour sténose d'un vaisseau du cou	8P39	Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde
8P12	Angioplastie pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P41	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale
8P13	Angioplastie pour sténose de l'aorte	8P42	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur
8P14	Angioplastie pour sténose d'une artère viscérale	8P43	Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte
8P15	Angioplastie pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P44	Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme aortique sous-rénal
8P16	Angioplastie pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P45	Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale
8P17	Angioplastie pour sténose d'un vaisseau cérébral	8P46	Traitement endoluminal pour anévrisme de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
8P21	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P47	Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère infrapoplitée
8P22	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P48	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau cérébral
8P23	Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'aorte	8P51	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du cou
8P24	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère viscérale	8P52	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du membre supérieur
8P25	Angioplastie et endoprothèse bifurquée pour sténose du carrefour aorto-iliaque	8P53	Thromboaspiration au niveau de l'aorte
8P26	Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P54	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère viscérale
8P27	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P55	Thromboaspiration ou thrombolyse de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
8P29	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une veine profonde	8P56	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère infrapoplitée
8P31	Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P58	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau cérébral
8P32	Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur	8P59	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine profonde
8P33	Recanalisation pour obstruction de l'aorte	8P61	Embolisation d'un vaisseau du cou ou de la face
		8P63	Embolisation d'une artère iliaque, fémorale ou poplitée

8P64	Embolisation d'une artère infrapoplitée	9S13	Chirurgie de la division vélo-palatine
8P68	Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire	9S14	Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps
8P69	Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale	9S15	Plastie pour perforation sinusobuccale
8P71	Embolisation d'un vaisseau pour tumeur	9S16	Plastie pour communication bucconasale
8P72	Extraction d'un corps étranger intravasculaire	9S21	Réfection partielle d'une lèvre
8P73	Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise	9S22	Réfection totale d'une lèvre
8P74	Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave	9S31	Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue
8P81	Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique	9S32	Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par hémi-maxillaire ou de canine à canine
8P82	Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique	9S33	Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue
8P83	Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique	9S34	Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale
8P84	Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée	9S35	Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure
8P87	Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique, un ou deux pédicules	9S36	Traitement opératoire de la double lèvre
8P91	Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques	9S41	Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse
8P95	Microbiopsie sur un sein sous imagerie stéréotaxique digitale sur patiente en procubitus sur table spéciale (prone table), toute imagerie locale comprise	9S43	Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine
8P98	Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	9S44	Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine
Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire		9S51	Biopsie buccale
Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires		9S52	Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse
9S11	Chirurgie de la fente labiale, opération uni- ou bilatérale	9S53	Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue
9S12	Chirurgie de la fente labio-maxillaire	9S55	Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté
		9S56	Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés
		9S57	Glossectomie large
		9S61	Incision d'un abcès de la cavité buccale, buco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale
		9S62	Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal
		9S65	Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche
		9S71	Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres

- 9S72 Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche
- 9S81 Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple
- 9S82 Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe
- 9S83 Chirurgie d'une fistule salivaire
- 9S90 Ablation de la grande sous-maxillaire
- 9S93 Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial
- 9S95 Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial
- Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale**
- 9F11 Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement
- 9F12 Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale
- 9F13 Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire
- 9F14 Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui)
- 9F15 Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur
- 9F16 Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien
- 9F17 Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris
- 9F21 Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris
- 9F22 Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris
- 9F25 Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris
- 9F26 Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris
- 9F27 Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux
- 9F31 Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale
- 9F32 Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse
- 9F34 Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire
- 9F51 Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure
- 9F52 Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux
- 9F53 Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe
- 9F61 Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique
- 9F62 Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres
- 9F63 Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale
- 9F64 Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres
- 9F65 Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres
- 9F71 Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse
- 9F72 Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse
- 9F73 Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire

- 9F74 Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus
- 9F81 Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule
- 9F82 Réimplantation d'une dent, appareillage non compris
- 9F83 Transplantation d'une dent, appareillage non compris
- 9F98 Attelle modelable, par maxillaire
- Chapitre 2 - du tarif des médecins-dentistes - Extractions dentaires**
- DS74 Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire
- DS75 Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire
- DS76 Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume
- DS77 Cure d'un kyste par marsupialisation
- DS78 Excision d'un cal fibreux
- Chapitre 3 - du tarif des médecins-dentistes - Extractions chirurgicales**
- DS88 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée
- DS89 Extraction chirurgicale d'une canine incluse
- DS90 Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie
- DS91 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires
- DS92 Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse
- DS93 Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)
- DS94 Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus
- Hospitalisation ambulatoire pour extraction de plus de trois dents en état d'anesthésie générale.

ANNEXE I : b) Interventions chirurgicales graves

Liste des interventions chirurgicales énumérées au tarif des actes et services médicaux et médico-dentaires applicables en vertu des textes coordonnés modifiés du 13 décembre 1993 des conventions collectives réglant les relations entre l'Association des Médecins et Médecins-dentistes, d'une part, et la Caisse Nationale de Santé, d'autre part, et telles que retenues par la CMCM sur proposition du médecin-conseil de la CMCM et appelées par la CMCM «interventions chirurgicales graves».

Chapitre 1 - Médecine générale		2F36	Thrombo-endarterectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales
Spécialités non chirurgicales			
Section 3 - Cardiologie			
1C46	Cardioversion, Electrochoc, mise en compte une fois par 24 heures	2F37	Thrombo-endarterectomie des artères des membres
1C81	Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	2F41	Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales
		2F42	Embolectomie des artères des membres
1C83	Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation et implantation du boîtier	2F43	Pontage par greffe veineuse des troncs supraaortiques
		2F44	Pontage par greffe veineuse des artères des membres
		2F45	Pontage par prothèse des troncs supraaortiques
		2F46	Pontage par prothèse du carrefour aortique
		2F47	Pontage par prothèse des artères abdominales
		2F48	Pontage par prothèse des artères des membres
		2F65	Anastomose porto-cave
		2F67	Thrombectomie veineuse du bassin et des membres
		2F71	Shunt externe pour hémodialyse
		2F72	Shunt interne pour hémodialyse
		2P13	Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture
		2P32	Réséction du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique
			Section 3 - Chirurgie des os et des articulations
2F14	Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal		
2F31	Anévrismectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques		
2F32	Anévrismectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales		
2F33	Anévrismectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres		
2F35	Thrombo-endarterectomie des troncs supraaortiques		

2K33	Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2T74	Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique
2K65	Triple ostéotomie du bassin	2T81	Lobectomie ou résection segmentaire
Section 4 - Chirurgie des membres		2T82	Pneumonectomie
2E42	Désarticulation interscapulo-thoracique	2C11	Péricardectomie
2E62	Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2C21	Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)
2E63	Désarticulation de la hanche	2C31	Chirurgie des plaies du coeur et des gros vaisseaux du médiastin
2E64	Désarticulation interilio-abdominale	2C41	Mise en place de la circulation extra-corporelle (assistance opératoire non applicable) - CAT
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou		2C51	Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire
2H29	Lobo-isthmectomie	2C52	Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires
2H30	Thyroïdectomie subtotale bilatérale	2C53	Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires
2H32	Thyroïdectomie totale bilatérale	2C61	Chirurgie portant sur un orifice cardiaque
2H33	Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie	2C62	Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque
2H41	Parathyroïdectomie	Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen	
2H42	Parathyroïdectomie ectopique	2A24	Cure de hernie avec résection d'intestin
2H43	Thymectomie	2A31	Cure d'une grande éventration avec ou sans mise en place d'une prothèse
2S32	Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2A53	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose
2S41	Mastectomie pour lésion bénigne	2A54	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec résection d'organe
2S42	Mastectomie pour lésion maligne	2A55	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec anastomose
2S43	Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2A61	Cure de hernie hiatale ou éventration diaphragmatique
2T21	Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)		
2T22	Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique		
2T41	Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin		
2T42	Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin		
2T51	Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose		
2T52	Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie		
2T53	Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique		
2T62	Opération de la pleurésie purulente avec résection costale		
2T71	Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire		
2T72	Pneumothorax extra-pleural		
2T73	Décortication pleurale		

2N24	Chirurgie de la crânio-sténose	2N57	Drainage lombaire temporaire pour hypertension intracrânienne
2N31	Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques	2N58	Topectomie, lobotomie, tractotomie
2N32	Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari	2N61	Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique
2N33	Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne	2N62	Réintervention stéréotaxique homolatérale
2N34	Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux	2N63	Section isolée de la tente du cervelet
2N35	Trépanation et ablation d'un méningiome	2N64	Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse
2N36	Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome	2N65	Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne
2N37	Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural	2N66	Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne
2N41	Anastomose vasculaire extra-intracrânienne	2N71	Trépanoponction ventriculaire
2N42	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct	2N72	Ponction latérontanellaire
2N43	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal	2N73	Trépanation décompressive (grand volet)
2N44	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides	2N81	Neurotomie intracrânienne
2N45	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure	2N82	Neurectomie vestibulaire
2N46	Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien	2N83	Gangliolyse (Taarnhoj)
2N51	Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène	2N84	Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique
2N52	Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie	2N85	Thermocoagulation du trijumeau
2N53	Dérivation kysto- péritonéale ou sous-duro- péritonéale	2N86	Transposition d'un tronc nerveux
2N54	Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie	2N87	Exploration du plexus brachial
2N55	Mise en place d'un capteur de pression intracrânienne	2V12	Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle
2N56	Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir	2V24	Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire
		2V31	Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire
		2V32	Laminectomie pour hématome intrarachidien
		2V33	Intervention pour syringomyélie ou hydromélie
		2V34	Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire
		2V35	Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval
		2V36	Extraction d'un corps étranger du canal rachidien
		2V41	Cordotomie isolée
		2V42	Cordotomies combinées multiples
		2V43	Myélotomie commissurale
		2V44	Radicotomies intradurales multiples

- 2V51 Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire
- 2V52 Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage
- 2V53 Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier
- 2V54 Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués
- 2V55 Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier
- 2V62 Ostéosynthèse occipito-cervicale
- 2V64 Ostéosynthèse cervicale par voie transorale
- 2V65 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie antérieure ou postérieure (ostéosynthèse comprise)
- 2V66 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)
- 2V67 Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise
- 2V72 Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau
- 2V75 Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse
- 2V85 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire, (ostéosynthèse comprise)
- 2V86 Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise
- 2V92 Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau
- 2V94 Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)
- 2V96 Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose, avec ostéosynthèse quelle que soit l'étendue
- Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie**
- Section 1 - Oreilles**
- 3R32 Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés
- 3R50 Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux
- 3R51 Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)
- 3R52 Trépanation du labyrinthe
- 3R53 Intervention pour ankylose de l'étrier
- 3R64 Evidement pétro-mastoïdien
- 3R67 Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux
- 3R68 Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoïdectomie comprise
- Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée**
- 3L66 Traitement de la sténose laryngée avec autoplastie palpébrale
- 3L71 Laryngectomie partielle pour lésion bénigne
- 3L72 Laryngectomie partielle pour tumeur maligne
- 3L73 Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne
- 3L74 Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne
- 3L75 Pharyngectomie pour tumeur maligne
- 3L76 Pharyngectomie-laryngectomie pour tumeur maligne
- 3L77 Résection segmentaire de la trachée
- 3L81 Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie
- 3L82 Résection de diverticules de l'oesophage cervical
- 3L91 Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé
- Chapitre 4 - Ophtalmologie**
- Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales**

4A27 Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

4G35 Excision de néoformations étendues avec greffe libre

4G41 Greffe de la cornée ou de la sclérotique

4G46 Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

4G62 Extraction du cristallin

4G63 Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

4G71 Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie

4G72 Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant

4G73 Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants

Section 6 - Orbité

4G94 Exentération de l'orbite

4G97 Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbite osseux

4G98 Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises

Chapitre 5 - Urologie

Section 1 - Appareil urinaire

5U45 Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents

5U46 Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne

5R34 Opération plastique sur le bassinnet et la jonction pyélo-urétérale

5R41 Néphrolithotomie

5R51 Néphrectomie simple

5R52 Néphrectomie partielle ou section de l'isthme d'un rein en fer à cheval

5R53 Néphrectomie partielle pour cancer

5R54 Néphrectomie élargie

5R55 Néphro-urétérectomie totale

5R56 Néphrectomie pour cancer par voie abdominale ou thoraco-phréno-abdominale

5R57 Néphro-urétérectomie totale pour cancer du bassinnet ou de l'uretère par 2 incisions

5R63 Opération plastique sur l'uretère

5R64 Anastomose urétéro-urétérale

5R72 Cure de fistule cutanée de l'uretère

5R73 Urétérostomie cutanée transintestinale

5R75 Remplacement urétéral par plastie

5R81 Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux

5R82 Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé

5R91 Transplantation rénale

5R92 Prélèvement d'un rein chez un donneur vivant en vue d'une transplantation

5V21 Cystectomie totale isolée

5V22 Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau

5V23 Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin

5V24 Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal

5V25 Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent

5V31 Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM

5V41 Cure de fistule urinaire par voie abdominale

5V42 Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps

5V43 Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps

- 5V52 Exstrophie vésicale: reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale
- 5V55 Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie
- 5V81 Urétroplastie en un temps
- 5V92 Cure de fistule périnéale avec ou sans urérectomie, dérivation comprise

Section 2 - Appareil génital masculin

- 5A21 Prostatectomie pour adénome
- 5A22 Prostatectomie totale pour cancer
- 5A31 Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'uretère ou l'appareil génital masculin)
- 5A65 Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie
- 5A67 Shunt pour priapisme
- 5A83 Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique

Chapitre 6 - Gynécologie

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

- 6G44 Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin
- 6G55 Création d'un néovagin par voie haute et basse
- 6G75 Cure de l'incontinence d'urine par voie vaginale, procédé complexe (p.ex. plastie des bulbo-caverneux), ou par voie vaginale et abdominale combinée
- 6G76 Cure du prolapsus génital par procédés complexes (type Wertheim, Manchester, Lefort, Labhardt)
- 6G77 Cure de fistules urinaires ou rectales par voie vaginale
- 6G82 Hystérectomie
- 6G83 Hystérectomie totale élargie pour cancer
- 6G94 Ovariectomie pour cancer après hystérectomie

Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation

Section 2 - Actes techniques

accompagnant l'anesthésie générale

- 7A21 Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque

Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire

Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires

- 9S94 Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial

Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale

- 9F35 Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire
- 9F41 Résection totale du maxillaire inférieur
- 9F42 Résection du corps du maxillaire inférieur
- 9F43 Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur
- 9F44 Résection large ou totale du maxillaire supérieur
- 9F47 Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris
- 9F55 Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face (hors l'orbite) par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermograisseuse ou par matériau inerte (prélèvement de greffe non compris) - APCM
- 9F56 Réfection uni- ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire et les maxillaires pour lésion congénitale ou ancienne - APCM
- 9F78 Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée

ANNEXE I : c) Traitements médicaux graves avec indication de la durée d'hospitalisation maximale prise en charge

Affections	Durée maximale
Accident vasculaire cérébral aigu invalidant	60 jours
Accident ischémique transitoire	30 jours
Affections lympho- et hématopoïétiques aigües	30 jours
Chimiothérapie anti-cancéreuse par voie parentérale (par année de calendrier)	60 jours
Radiothérapie (par année de calendrier)	60 jours
Coma diabétique hyperglycémique	10 jours
Gangrène gazeuse (Gasbrand)	30 jours
Hépatite virale	30 jours
Infarctus du myocarde	40 jours
Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique	30 jours
Méningite	30 jours
Mucoviscidose	30 jours
Poly-traumatisé grave	60 jours
Salmonellose (Typhus)	30 jours
Sclérose en plaques en poussée	30 jours
Sclérose latérale amyotrophique	30 jours
Tuberculose pulmonaire aiguë	30 jours
Zona-ophtalmique	30 jours

Remarque: Les traitements médicaux ci-dessus énumérés ne sont pris en charge par la CMCM qu'après présentation d'un certificat médical motivé. La durée maximale y indiquée vaut pour chaque nouveau cas à l'exception des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie où l'année de calendrier est toujours de rigueur.

ANNEXE II : Conventions

1. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne.

signée à Paris le 28 juin 1982, entrée en vigueur le 28 juin 1982
et remplaçant celles du 20 novembre 1975 et 31 octobre 1957
complétée par l'avenant signé à Paris le 19 mars 1970, entré en vigueur le 1er avril 1970

Considérant que le règlement grand-ducal du 31 décembre 1974 autorise la prise en charge des traitements médicaux et médico-dentaires à l'étranger, tels qu'ils ne peuvent être dispensés au Grand-Duché,

Considérant que la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg entend faire bénéficier ses affiliés de la prise en charge des frais d'hospitalisation en chambre particulière dans les Hôpitaux de la Région Parisienne ainsi que des mémoires d'honoraires supplémentaires, mis en compte par les praticiens,

Il est convenu entre

la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ayant son siège 9, rue du Commerce à Luxembourg, ci-après dénommée la C.M.C.M., représentée par son Président, Monsieur Robert POOS, dûment mandaté, d'une part, et

la Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne ayant son siège 24, rue Saint-Victor à Paris 5ième, ci-après dénommée F.M.P., représentée par son Président, Monsieur Daniel MANACH, dûment mandaté, d'autre part, ce qui suit:

Art. 1er

La F.M.P. ouvre aux membres de la C.M.C.M. le bénéfice de toutes les conventions par elle-même conclues, avec les établissements et cliniques figurant annuellement en annexe de la présente convention. En vue d'étendre auxdits membres le tiers payant des frais médicaux et chirurgicaux déjà assurés dans lesdits établissements et cliniques, la

F.M.P. fera son affaire de la prise en charge des hospitalisations et interventions dans d'autres établissements de la Région Parisienne, tels que les hôpitaux de l'Assistance Publique et cliniques spécialisées.

Art. 2

La F.M.P. se portera garante du règlement intégral des frais supplémentaires pour l'hospitalisation en chambre particulière et des mémoires d'honoraires mis en compte par les praticiens.

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (E 112) établi par la Sécurité Sociale Luxembourgeoise.

Art. 3

Les affiliés de la C.M.C.M., désirant bénéficier de la présente convention se présenteront munis du formulaire des Communautés Européennes (E 112) et du bon de prise en charge établi par la C.M.C.M.

Une copie du bon de prise en charge est adressée directement à la F.M.P.

Art. 4

La F.M.P. se chargera du règlement direct des frais et honoraires, dans les conditions prévues à l'article 2 ci-avant, auprès des établissements de soins et des praticiens.

Les avances effectuées par la F.M.P. pour compte de la C.M.C.M. aux praticiens et établissements de soins, donneront lieu au remboursement mensuel par la C.M.C.M. sur la base d'un décompte établi, accompagné des pièces justificatives originales.

Ces remboursements seront majorés de 4% à titre de participation à la gestion avec un maximum correspondant au tarif fixé par l'Union Nationale des Caisses Chirurgicales Mutualistes, pour les Caisses de première catégorie, actuellement et depuis le 1er janvier 1982, 15,24 € (100.- FRF).

Art. 5

Les frais non prévus par ladite convention seront réglés directement par le malade qui en sera informé au préalable.

Art. 6

En exécution de l'avenant signé à Paris le 19 mars 1970 et prenant effet le 1er avril 1970, l'application de la convention de tiers payant est étendue dans les conditions générales de ladite convention:

1. aux examens et soins subis dans les Centres de soins et de diagnostic de la F.M.P. et aux interventions chirurgicales ordonnées à la suite de ces examens dans tous établissements publics ou privés, à la condition que ces derniers soient conventionnés par la Caisse d'Assurance Maladie de la Région Parisienne, ou s'ils sont simplement agréés, que l'intervention ait fait l'objet d'une prise en charge de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg.
2. d'une façon générale, hors les cas prévus au paragraphe 1, aux interventions chirurgicales et aux hospitalisations pré- et postopératoires en médecine dans les établissements publics et également dans les centres de cardiologie, tels que ceux de Dreux, Gasville, la Renaissance Sanitaire à Villers sur Marne (02), et pour les enfants le Château des Côtes aux Loges-en-Josas (78).
3. aux transports en ambulance d'un hôpital parisien à l'un des centres cités au paragraphe 2.

2. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste.

signée à Metz, le 12 décembre 1968

Dans le but de faciliter aux Mutualistes affiliés à la C.M.C.M. du Grand-Duché de Luxembourg toutes démarches et formalités d'ordre administratif ou financier lorsqu'ils sont admis au Centre des Grands Brûlés de Metz,

il a été décidé par les organismes ci-dessous désignés, de conclure la Convention ci-après:

Convention entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ayant son siège 9, rue du Commerce à Luxembourg, représentée par son Président, Monsieur Albert DANSART, dûment mandaté, d'une part,

et la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste ayant son siège 28, rue Dupont des Loges à Metz, représentée par son Président, Monsieur Pierre TARON, dûment mandaté, d'autre part,

En présence de Monsieur LEFEBVRE, Directeur du Centre Hospitalier de Metz, Place Philippe de Vigneulles à Metz, il a été convenu ce qui suit:

Art. 1er

Les membres de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et leurs ayants droit, pourront être admis au Centre des Grands Brûlés de Metz, dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'adhérents de la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste.

Art. 2.

Les Mutualistes luxembourgeois dont l'état nécessiterait un transfert au Centre des Grands Brûlés seront munis d'une lettre de prise en charge émanant de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg, à condition que les dispositions de l'article 92 du Livre II du Code des Assurances Sociales n'entrent pas en ligne de compte.

En cas d'urgence, un simple avis téléphonique indiquera les nom, prénoms, adresse et numéro matricule du sociétaire appelé à recevoir les soins dispensés par le Centre des Grands Brûlés. Ces précisions seront confirmées dans les 48 heures par lettre adressée à la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste.

Art. 3.

La Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste réglera le Trésorier Principal Municipal, dès réception des factures. En cas de prolongation du séjour au-delà d'une durée de 30 jours, la facturation pourra être effectuée par période mensuelle.

Cette façon de procéder dispense les Mutualistes luxembourgeois de tout versement à l'occasion des soins qu'ils recevront et des séjours qu'ils effectueront au Centre des Grands Brûlés de Metz.

Art. 4.

Les paiements effectués par la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste donneront lieu au remboursement par la C.M.C.M. du Grand-Duché de Luxembourg, après envoi d'un bordereau accompagné des factures justificatives.

Art. 5.

Le remboursement sera majoré de 1% à titre de frais de gestion avec un maximum de 7,62 € (50.- FRF) par dossier.

Art. 6.

Le Chirurgien-Chef du Centre des Grands Brûlés, ou un de ses assistants, adressera dès la sortie du malade un rapport médical succinct au médecin-conseil de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste, 9, rue du Commerce à Luxembourg.

Art. 7.

La présente convention est conclue pour une durée d'un an. Elle entrera en vigueur dès approbation par le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg. Elle sera renouvelable d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'un ou l'autre partie avec préavis de 3 mois.

3. Koordinierter Text des Abkommens zwischen der Barmer Ersatzkasse und der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg,

unterschrieben am 14. Dezember 1979, mit Inkrafttretung am 1. Januar 1980
abgeändert durch Zusatzabkommen, unterschrieben am 13. Juli 1994 in Wuppertal
und am 28. Juli 1994 in Luxemburg, mit Inkrafttretung am 1. Januar 1994

Unter Aufhebung des revidierten Abkommens vom 31.5.1975 wird zwischen der Barmer Ersatzkasse, Hauptverwaltung, Untere Lichtenplatzer Straße 100, 5600 Wuppertal 2, einerseits,

und der «Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg», 9, rue du Commerce, Luxembourg, andererseits folgendes Abkommen getroffen:

Artikel 1

Vorbehaltlich der Zustimmung des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers in Luxemburg können Mitglieder der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste in der Bundesrepublik Deutschland die Vertragskrankenhäuser der Barmer Ersatzkasse in Anspruch nehmen. Dazu gehören insbesondere folgende Universitätskliniken:

- Bonn: Medizinische Einrichtungen der Rheinischen, Friederich-Wilhelms-Universität Bonn, Venusberg
- Düsseldorf: Medizinische Einrichtungen der Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, Düsseldorf
- Essen: Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen, Hufelandstraße 55, Essen
- Freiburg: Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Hugstetterstraße 49, Freiburg
- Homburg/Saar: Universitätskliniken im Landeskrankenhaus Homburg, Homburg/Saar
- Köln: Medizinische Einrichtungen der Universität zu Köln, Josef-Stelzmann-Straße 9, Köln

Die Kosten der stationären Behandlung zu den allgemeinen Pflegebedingungen werden von der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) im Wege der Leistungsaushilfe auf Grund der EG-Verordnungen übernommen und über die beiderseitigen Verbindungsstellen unmittelbar mit dem luxemburgischen Krankenversicherungsträger abgerechnet.

Artikel 2

Vereinbaren Mitglieder der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste anlässlich der unter Artikel I erwähnten Krankenhauspflege mit der jeweiligen Klinikverwaltung Wahlleistungen - Zweibettzimmer und/oder privatärztliche Behandlung -, haben sie ihr einen Kostenverpflichtungsschein der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste zusammen mit dem vom Luxemburgischen Krankenversicherungsträger erstellten auszuhändigen. Mit einer Durchschrift des Kostenverpflichtungsscheines beauftragt die Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste die Barmer Ersatzkasse, die Kosten für Wahlleistungen mit der jeweiligen Klinikverwaltung und dem Krankenhausarzt unmittelbar abzurechnen. In den Auftrag einbezogen sind darüber hinaus Leistungen, die der behandelnde Krankenhausarzt bis zu 3 Monaten vor und bis zu 6 Monaten nach der Krankenhauspflege ambulant oder anlässlich einer ambulanten Operation erbringt.

Artikel 3

Die Barmer Ersatzkasse verpflichtet sich auf Grund des Ihr erteilten Auftrages, die Aufwendungen für Wahlleistungen und ambulante Behandlung für die unter Artikel II genannte Dauer unmittelbar mit der Klinikverwaltung und dem jeweils behandelnden Arzt zu regulieren.

Die Barmer Ersatzkasse verpflichtet sich ferner der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste die Erstattungsbeträge für vom Krankenhausarzt ambulant erbrachte Leistungen zu errechnen und mitzuteilen. Sie wird dabei die Gebührenordnung der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) berücksichtigen, die als aushelfender Träger nach den EG-Verordnungen in Betracht käme.

Artikel 4

Die Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste verpflichtet sich, der Barmer Ersatzkasse nach Abschluß der Behandlung alle ihr erstandenen und nachgewiesenen Kosten zu erstatten und zahlt ferner einen Verwaltungskostenersatz in Höhe von 8% der im Einzelfall entstandenen Gesamtaufwendungen.

Artikel 5

Dieses Abkommen tritt am 1.1.1980 in Kraft. Es kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres gekündigt werden.

4. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union Départementale Mutualiste de Meurthe-et-Moselle.

signée à Nancy le 6 février 1971

Dans le but de faire bénéficier les Mutualistes affiliés à la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg des soins des chirurgiens de Meurthe-et-Moselle et des possibilités offertes par les installations sanitaires publiques et privées du Département,

il a été décidé par les Organismes ci-dessous, de conclure la Convention ci-après:

Convention entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ayant son siège, 9, rue du Commerce à Luxembourg, représentée par son Président, Monsieur Albert DANSART, dûment mandaté, d'une part,

et l'Union Départementale Mutualiste de Meurthe-et-Moselle, ayant son siège, 7, rue Lyautey à Nancy, représentée par son Président, Monsieur Paul AUBRY, d'autre part.

en présence de:

l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, ayant son siège, 8, rue Isabey à Nancy, représentée par le Docteur JEANBLANC, son Président,

la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle, 137, rue Saint Dizier à Nancy, représentée par son Président, Monsieur Roger CASTEL,

Il a été convenu ce qui suit:

Art. 1er.

Les membres de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg bénéficieront, en matière chirurgicale, auprès des chirurgiens et des établissements publics et privés de soins du Département Meurthe-et-Moselle, des mêmes avantages que les Membres des Organisations Mutualistes de ce Département.

Le Conseil d'Administration de l'Union Mutualiste de Meurthe-et-Moselle a confié le soin de l'application de la présente convention à la Caisse Médico-Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle, qui a accepté.

Art. 2.

Pour les soins qu'ils pourront être appelés à recevoir, les adhérents de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg bénéficieront du libre choix entre tous les chirurgiens affiliés à l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et ayant adhéré à la Convention passée avec les Organismes Mutualistes du Département.

Ils auront accès dans tous les Etablissements de soins publics et privés ayant passé des Conventions avec les Organismes Mutualistes du Département.

Art. 3.

Les Mutualistes Luxembourgeois désirant bénéficier du présent accord seront munis d'une lettre de prise en charge émanant de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg. La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ne délivrera des bons de prise en charge que pour les opérations particulièrement importantes énumérées en annexe. Ils seront pris en subsistance par la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle, dans les conditions prévues aux articles, 4,5 et 6 ci-après.

Art. 4.

La Caisse Chirurgicale Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle réglera aux Chirurgiens et aux Maisons de Santé les honoraires et notes de frais dans les mêmes conditions que pour ses propres membres.

Cette façon de procéder dispense les Mutualistes Luxembourgeois de tout versement à l'occasion des soins qu'ils recevront, sauf bien entendu en ce qui concerne les suppléments prévus par les accords passés avec l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et avec les Etablissements de soins du Département, conformément aux textes de la Convention en cours entre l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle.

Art. 5.

Les paiements effectués par la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle aux Praticiens et aux Etablissements de soins, donneront lieu au remboursement par la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg sur la base d'un bordereau établi mensuellement et accompagné des pièces justificatives originales.

Art. 6.

Ces versements seront majorés de 4% au titre de participation à la gestion avec un maximum de 7,62 € (50.- FRF) par dossier.

Art. 7.

Sont annexés à la présente convention:

- * l'accord passé à la date du 19 mars 1958 entre l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle,
- * la liste des Chirurgiens de Meurthe-et-Moselle, ayant donné leur accord pour application de cette convention,
- * la liste des Etablissements de soins avec indication des tarifs pratiqués par ceux-ci à la date de la signature de la présente convention,
- * les statuts de la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle,
- * la liste des opérations importantes prévues à l'article 3.

5. Vertrag zwischen der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg, Luxemburg (im folgenden CMCM Luxembourg genannt, und dem SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn (im folgenden SVK genannt).

unterschrieben in Luxemburg/Solothurn am 2. Dezember 1993 mit Inkrafttretung am
1.1.1994

Präambel

In Anbetracht dessen, dass gewisse chirurgische Eingriffe in Luxemburg nicht durchgeführt werden können, wird zwischen der CMCM Luxembourg und dem SVK folgender Vertrag abgeschlossen:

Art. 1

- 1) Die Mitglieder der CMCM Luxembourg können in der Schweiz in Fällen einer notwendigen stationären Behandlung die im Anhang zu diesem Vertrag aufgeführten Spitäler nach freier Wahl in Anspruch nehmen.
- 2) Entsprechende Vereinbarungen zwischen den Spitälern und dem SVK liegen vor. Durch diese Vereinbarungen werden die Mitglieder der CMCM Luxembourg insbesondere auch von der Pflicht zur Leistung von Depotzahlungen befreit.
- 3) Auf Wunsch der CMCM Luxembourg kann die Liste der Spitäler erweitert werden, sofern diese bereit sind, mit dem SVK eine entsprechende Vereinbarung abzuschliessen.

Art. 2

- 1) Sofern Versicherte der CMCM Luxembourg für eine statutarisch vorgesehene Behandlung in der Schweiz in Frage kommen, wird der SVK durch die CMCM Luxembourg mittels Kopie eines Kostenverpflichtungsscheines über die stationäre Behandlung in Kenntnis gesetzt.
- 2) Der Versicherte der CMCM Luxembourg erhält das Original sowie die notwendigen Kopien des Kostenverpflichtungsscheines zwecks Vorlage im Spital.

Art. 3

- 1) Sämtliche Rechnungen des Spitals gehen an den SVK.

- 2) Der SVK überprüft und bezahlt die Rechnungen der Spitäler und gibt der CMCM Luxembourg die Kosten nach dem jeweils gültigen Unfallversicherungs-Tarif bekannt.

Art. 4

Aufgrund einer Abrechnung des SVK, der sämtliche Originalrechnungen der Spitäler beigelegt werden, nimmt die CMCM Luxembourg die Rückerstattung der vom SVK aushilfsweise erbrachten Leistungen vor.

Art. 5

Die CMCM Luxembourg bezahlt dem SVK eine Verwaltungskostengebühr in der Höhe von 5% der im Einzelfall aushilfsweise erbrachten Leistungen. Die Gebühr ist in der Abrechnung gemäss Art. 4 aufzuführen.

Art. 6

Der vorliegende Vertrag (samt Anhang) tritt am 1.1.1994 in Kraft. Er kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten auf Ende eines Quartals gekündigt werden.

ANHANG

zum Vertrag zwischen der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg (CMCM Luxembourg) und dem SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen vom 2.12.1993.

Liste der Spitäler gemäss Art. 1 des Vertrages (Stand 2.12.1993)

- Kantonsspital Basel
- Felix Platter-Spital, Basel
- Basler Kinderspital
- Kantonsspital Bruderholz
- Universitätsspital Zürich (USZ)
- Kinderspital Zürich
- Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich
- Inselspital Bern
- Hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),
Lausanne
- Kantonsspital Liestal

6. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Mutuelle de l'Est de Strasbourg.

signée à Luxembourg le 11 février 1986

Considérant que le règlement grand-ducal du 31 décembre 1974 autorise la prise en charge des traitements médicaux et médico-dentaires à l'étranger, tels qu'ils ne peuvent être dispensés au Grand-Duché de Luxembourg.

Considérant que la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg entend faire bénéficier ses affiliés de la prise en charge des frais d'hospitalisation en chambre particulière dans les hôpitaux de la région Strasbourgeoise ainsi que des mémoires d'honoraires supplémentaires, mis en compte par les praticiens,

Il est convenu

entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ayant son siège à 2971 Luxembourg, 9, rue du Commerce (dite CMCM), représentée par son président, M. René GREGORIUS, dûment mandaté, d'une part,

et la Mutuelle de l'Est ayant son siège à 67082 Strasbourg, 11, bd. Wilson (dite M.E.), représentée par son président, p.i. M. Jean JARDINE, dûment mandaté, d'autre part, ce qui suit:

Art. 1er

La M.E. ouvre aux affiliés de la CMCM le bénéfice de toutes les conventions par elle-même conclues, avec les établissements et cliniques figurant en annexe de la présente convention.

En vue d'étendre auxdits affiliés le tiers payant des frais médicaux et chirurgicaux déjà assurés dans lesdits établissements et cliniques, la M.E. interviendra également pour la prise en charge des hospitalisations et interventions dans les autres établissements hospitaliers de la région Strasbourgeoise.

Art. 2

La M.E. se portera garante du règlement intégral des frais supplémentaires pour l'hospitalisation en chambre particulière, du forfait hospitalier et des mémoires d'honoraires mis en compte par les praticiens.

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (E112) établi par la Sécurité Sociale Luxembourgeoise.

Art. 3

Les affiliés de la CMCM, désirant bénéficier de la présente convention se présenteront à l'établissement hospitalier munis du formulaire des Communautés Européennes (E112) et du bon de prise en charge établi par la CMCM. Une copie du bon de prise en charge est adressée directement à la M.E.

Art. 4

La M.E. se chargera du règlement direct des frais d'hospitalisation et honoraires médicaux, dans les conditions prévues à l'article 2 ci-avant, auprès des établissements de soins et des praticiens. Les avances effectuées par la M.E. pour compte de la CMCM aux praticiens et établissements de soins, donneront lieu au remboursement par la CMCM sur base d'un décompte établi, accompagné des pièces justificatives originales. Ces remboursements seront majorés par dossier d'une participation à la gestion correspondant au tarif fixé par UNCCM.

Art. 5

Les frais non prévus par ladite convention en rapport avec l'hospitalisation seront réglés directement par le malade qui en sera informé au préalable.

Art. 6

Une liste des établissements de soins concernés est annexée à la présente convention.

Art. 7

La présente convention est conclue pour une durée d'un an. Elle entrera en vigueur au 1er du mois qui suit son approbation par Monsieur le Ministre de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg.

Elle sera renouvelable d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie avec préavis de trois mois.

Liste des établissements de soins conventionnés:

Hospices Civils de Strasbourg (Centre Hospitalier Régional)
1, Place de l'Hôpital - F-67005 STRASBOURG

Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical de la Sécurité Sociale Schiltigheim
19, rue Louis Pasteur - F-67042 STRASBOURG

Centre de Traumatologie et d'Orthopédie
10, avenue Achille Baumann - F-67403 ILLKIRCH

Centre Paul Strauss
3, rue de la Poste de l'Hôpital - F-67085 STRASBOURG

Centre de Réadaptation Spécialisé Saint Luc
8, rue Moulin de France - F-57560 ABRESCHVILLER

Centre de Réadaptation Spécialisé Saint Luc
route de Dabo - F- 57565 NIDERVILLER

Hôpital Chirurgical Orthopédique Stéphanie
26, rue de la Lisière - F-67026 STRASBOURG-NEUHOF

Clinique de l'Orangerie
29, Allée de la Robertsau - F-67000 STRASBOURG

Clinique Adassa
13, place de Haguenau - F-67000 STRASBOURG

Clinique Bethesda
1, bld Jacques Preiss - F-67000 STRASBOURG

Centre Hospitalier Régional (Hôpital Pasteur)
F-68000 COLMAR

7. Règlement de prise en charge des traitements de cicatrisation des séquelles de brûlures graves et des séquelles cicatricielles post-opératoires ou post-traumatiques au Centre Thermal de St. Gervais (F-Haute-Savoie).

Art. 1.

La CMCM prend en charge par le système du tiers payant, les prestations suivantes:

- a) pour le curiste:
 - l'intégralité des frais se rapportant au forfait thermal
 - les honoraires des médecins surveillants
 - les honoraires du kinésithérapeute pour les séances de massage et de rééducation
 - la note des frais de séjour de l'hôtel conventionné
 - un forfait de 64 € pour les frais de voyage;

- b) pour la personne accompagnante:
 - la note des frais de séjour jusqu'à concurrence de 62 € par jour
 - un forfait de 64 € pour les frais de voyage.

Art. 2.

Les conditions à remplir par l'affilié pour pouvoir bénéficier des prestations décrites à l'article 1 sub a) ci-dessus sont les suivantes:

- a) présentation d'un certificat de transfert motivé d'un médecin luxembourgeois;
- b) présentation d'une autorisation de la Caisse de maladie obligatoire luxembourgeoise ou similaire, ou de l'assurance contre les accidents;
- c) autorisation du traitement par le médecin-conseil de la CMCM.

Art. 3.

Les conditions de prise en charge des frais décrits à l'article 1 sub b) ci-devant pour une personne accompagnante sont les suivantes:

- a) pour un enfant en-dessous de 18 ans, l'accompagnement par une personne adulte est d'office accordé

b) pour les adultes ou des enfants au-dessus de 18 ans nécessitant le traitement, l'accompagnement par une tierce personne est accordé sur:

- présentation d'un certificat médical motivé par un médecin luxembourgeois
- présentation d'une autorisation afférente de la Caisse de maladie ou de l'assurance contre les accidents
- avis favorable du médecin-conseil de la CMCM.

Art. 4.

Après recours avec la caisse de maladie ou l'assurance contre les accidents, la CMCM met à la disposition de l'affilié, un décompte définitif à titre d'information.

8. Règlement de prise en charge des frais d'hospitalisation en chambre particulière dans les hôpitaux de Belgique, désignés à l'annexe ci-après

Art. 1er.

La C.M.C.M. se portera garante du règlement intégral des frais supplémentaires pour l'hospitalisation en chambre particulière du forfait hospitalier et pharmaceutique, des moyens accessoires ainsi que des mémoires d'honoraires complémentaires mis en compte par les praticiens selon la législation belge, pour autant qu'elle prévoit des prestations complémentaires au tarif social.

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (E112) établi par la Sécurité Sociale Luxembourgeoise.

Art. 2.

Les affiliés de la C.M.C.M., désirant bénéficier des présentes conventions se présenteront à l'établissement hospitalier concerné munis du formulaire des Communautés Européennes (E112) et du bon de prise en charge établi par la C.M.C.M.

Une copie du bon de prise en charge de la C.M.C.M. servira à l'affilié de la C.M.C.M. à titre d'information.

Art. 3.

L'établissement de soins concerné remettra à la C.M.C.M. toutes les factures originales dès la fin du séjour hospitalier de l'affilié porteur d'un bon de prise en charge de la C.M.C.M.

Le paiement de tous les frais complémentaires par la C.M.C.M. s'opérera selon le mode de paiement convenu entre parties.

Liste des établissements de soins belges:

L'Institut Jules Bordet
1 rue Heger Bordet - B-1035 BRUXELLES

L'Hôpital Erasme
808 route de Lennik - B-1070 BRUXELLES

L'Hôpital Universitaire Brugmann
Place Van Gehuchten, 4 - B-1020 BRUXELLES

La Clinique Saint Jean
32 rue du Jardin Botanique - B-1000 BRUXELLES

L'Hôpital Saint Pierre
298a rue Haute - B-1000 BRUXELLES

Université de Liège Centre Hospitalier du Sart Tilman
Bâtiment B 33 - 4000 SART TILMAN

Hôpital de Bavière
59, boulevard de la Constitution - B-4020 LIEGE

Cliniques Universitaires Saint Luc
10 avenue Hippocrate B-1200 BRUXELLES

Cliniques Universitaires U.C.L. de Mont-Godinne
B-5180 YVOIR

La liste des établissements de soins préindiquée n'est pas limitative, elle peut être étendue par le conseil d'administration, en cas de besoin pour les affiliés de la C.M.C.M.

ANNEXE III : CONVENTION CMCM-Assistance

signée à Luxembourg, le 18 mai 2005
entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005

remplaçant l'ancien CONTRAT-D'ASSISTANCE
signé à Paris le 18 octobre 1990, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1991
modifié par

l'avenant signé à Paris le 24 mars 1992, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1992;
l'avenant signé à Paris le 5 août 1993 et à Luxembourg, le 23 août 1993, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993;
l'avenant signé à Paris le 17 février 1994, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994;
l'avenant signé à Paris et à Luxembourg, le 30 avril 2002, entré en vigueur le 1^{er} mai 2002.
l'avenant signé à Paris et à Luxembourg, le 7 janvier 2010, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2010

**Par modification statutaire de l'assemblée générale extraordinaire
du 28 avril 2001, la dénomination «MUTEX-ASSISTANCE»
a été changée en «CMCM-Assistance» à partir du 1er janvier 2002.**

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de faire bénéficier les affiliés et les coaffiliés, désignés ci-après par «le ou les bénéficiaires», de la CMCM du Grand-Duché de Luxembourg définis à l'article 3, chapitre II de ses statuts, reproduit en annexe, inscrits pour le risque médico-chirurgical, d'une garantie d'assistance mutualiste en cas de déplacement à l'étranger de moins de trois mois, appelée Garantie CMCM-Assistance.

Néanmoins les déplacements suivants, à la condition qu'ils ne soient pas supérieurs à 12 mois consécutifs, ouvrent droit aux garanties CMCM-Assistance:

- voyages touristiques des affiliés,
- enfants d'affiliés (étudiants ou au pair) dans un pays étranger du domicile des parents.

Peuvent également bénéficier des garanties prévues à la présente convention les personnes physiques voyageant à bord d'un véhicule entrant dans la définition de l'article 2, à l'occasion d'un déplacement en commun avec un bénéficiaire.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DES VÉHICULES GARANTIS

Si l'événement est un accident corporel lié au véhicule, les garanties seront accordées aux véhicules suivants :

- 2.1** Tout véhicule terrestre à moteur d'un poids autorisé en charge inférieur à 3,5 tonnes dont le certificat d'immatriculation est rédigé au nom d'un bénéficiaire.
- 2.2** Toute caravane ou remorque éventuellement tractée par ce véhicule et propriété d'un bénéficiaire.
- 2.3** Tout camping-car ou bateau tracté, propriété d'un bénéficiaire.

ARTICLE 3 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

La mise en œuvre et la couverture financière des garanties définies à la présente convention sont assurées par IMA.

Toutefois, en ce qui concerne la couverture des risques définis à l'article 5 - 1 de la présente convention, la CMCM remboursera à IMA les montants avancés pour son compte.

En cas de survenance de l'un quelconque des risques définis dans le cadre de la présente convention, le bénéficiaire ou la CMCM prendra contact avec IMA qui agira sous la dénomination de CMCM-Assistance.

Les garanties d'assistance indiquées ci-après seront appliquées dans une optique de totale confiance préalable, tant par rapport à la qualité de bénéficiaire, qu'aux informations transmises.

ARTICLE 4 - TERRITORIALITÉ

Les garanties dues par CMCM-Assistance s'appliquent ainsi :

4.1 POUR L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Dans tous les pays du monde à l'exclusion du Grand-Duché de Luxembourg:

- pour les bénéficiaires domiciliés sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg,
- pour les bénéficiaires domiciliés dans les pays limitrophes du Grand-Duché de Luxembourg et à plus de 50 kilomètres de leur domicile.

4.2 POUR L'ASSISTANCE MATÉRIELLE RELATIVE AU VÉHICULE ET À L'ASSISTANCE AUX PERSONNES À L'OCCASION DE LA PRATIQUE DU SKI

Dans tous les pays d'Europe (pour la Russie, zone européenne jusqu'à l'Oural) et les pays suivants : Algérie, Maroc, Tunisie, Egypte, Jordanie, Syrie, Liban, Israël, Turquie, à l'exclusion du Grand-Duché de Luxembourg:

- pour les bénéficiaires domiciliés sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg,
- pour les bénéficiaires domiciliés dans les pays limitrophes du Grand- Duché de Luxembourg et à plus de 50 kilomètres de leur domicile.

NOTA

- pour la France, il faut comprendre France métropolitaine, à l'exclusion des DOM-TOM,

ARTICLE 5 - ASSISTANCE AUX PERSONNES

5.1 EN CAS DE BLESSURES OU DE MALADIE

Lorsque les médecins d'IMA après avis des médecins traitants et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens les plus appropriés (ambulance, train, avion de ligne ou avion sanitaire), IMA organise ce rapatriement et prend en charge son coût. Les médecins d'IMA apprécieront si l'un des membres de l'entourage du blessé ou du malade peut voyager avec celui-ci.

IMA effectue, pour le compte de la CMCM, le paiement des factures de soins chirurgicaux et médicaux causés par un accident ou une maladie soudaine nécessitant une hospitalisation à concurrence d'un montant maximal par bénéficiaire et par événement de 80.000 euros.

Lorsque le blessé ou le malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours, IMA met à la disposition d'un membre de sa famille un billet aller et retour de train ou d'avion pour se rendre à son chevet.

5.2 EN CAS DE DÉCÈS

5.2.1 Décès d'un bénéficiaire

- Décès d'un bénéficiaire domicilié au Grand-Duché de Luxembourg:
IMA organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Grand-Duché de Luxembourg du bénéficiaire décédé (les frais de cercueil nécessaire au transport, sont pris en charge sur la base d'un cercueil de qualité courante dans la limite des normes IMA pour chaque pays).
- Décès d'un bénéficiaire domicilié dans les pays limitrophes du Grand-Duché de Luxembourg:
IMA organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au domicile du bénéficiaire décédé dans les mêmes conditions que ci-dessus.

5.2.2 Retour anticipé d'un bénéficiaire en cas de décès d'un proche (conjoint, partenaire légal, ascendant, descendant direct, frère et sœur)

- Décès d'un proche domicilié au Grand-Duché de Luxembourg:
IMA met à la disposition des bénéficiaires en déplacement, un billet de train ou d'avion pour assister aux obsèques d'un proche inhumé au Grand-Duché de Luxembourg.
- Décès d'un proche domicilié dans les pays limitrophes du Grand-Duché de Luxembourg:
IMA met à la disposition des bénéficiaires en déplacement, un billet de train ou d'avion pour assister aux obsèques d'un proche inhumé à son domicile.

5.3 CAS DES PERSONNES VALIDES

5.3.1 Rapatriement des bénéficiaires valides

IMA rapatrie les bénéficiaires lorsqu'ils sont immobilisés à la suite d'un accident corporel survenu à l'un d'entre eux, et que leur véhicule est indisponible plus de 10 jours.

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, le retour des autres bénéficiaires peut être organisé et pris en charge par IMA.

5.3.2 Séjour d'un proche en cas d'hospitalisation

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour et ce pour une durée maximale de 7 jours.

5.4 CAS DE LA PRATIQUE DU SKI

Sont pris en charge les frais relatifs aux secours engagés sur le domaine skiable, dès l'instant où ils sont liés à la pratique du ski.

Pour la prise en charge sont exclus:

- les frais de recherche,
- les compétitions sportives.

ARTICLE 6 - ASSISTANCE MATÉRIELLE RELATIVE AU VÉHICULE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL

6.1 En cas d'accident corporel lié à l'utilisation d'un véhicule dont le certificat d'immatriculation est rédigé au nom d'un bénéficiaire, les garanties ci-dessous sont mises en œuvre par IMA.

- Retour du véhicule au domicile du bénéficiaire par les moyens les plus appropriés:
 - Véhicule en état de marche:
 - billet de chemin de fer ou d'avion mis à la disposition du bénéficiaire, pour aller reprendre possession du véhicule réparé,
 - envoi d'un chauffeur pour rapatrier le véhicule laissé sur place à la suite de l'indisponibilité du conducteur.
 - Véhicule immobilisé à l'étranger irréparable sur place, mais réparable au domicile du bénéficiaire:
 - si la valeur vénale du véhicule est supérieure au coût des réparations, IMA organise le retour du véhicule,
 - si la valeur vénale du véhicule est inférieure au coût des réparations, IMA ne sera tenue qu'à la prise en charge des frais d'abandon légal du véhicule.

- L'envoi de pièces détachées nécessaires à la réparation du véhicule garanti, le prix de ces pièces devant être remboursé ultérieurement par l'affilié.
- Lorsqu'ils ne sont pas couverts par un autre contrat d'assurance (automobile ou autres), les frais de remorquage jusqu'au garage le plus proche sont remboursés par IMA à concurrence de 75 euros.

6.2 IMA prend en charge, à concurrence de 75 euros par personne, les frais d'hôtel des bénéficiaires qui attendent sur place les réparations du véhicule immobilisé.

ARTICLE 7 - AUTRES ASSISTANCES

7.1 ENVOI DE MÉDICAMENTS

Suite à une maladie imprévisible ou à un accident, si un bénéficiaire est dans l'incapacité de se procurer des médicaments indispensables, IMA met tout en œuvre pour assurer la recherche et l'envoi de ces médicaments, leur coût restant à la charge du bénéficiaire.

7.2 ASSISTANCE PLUS

Les bénéficiaires en déplacement, confrontés à de sérieux ennuis non prévus dans le présent document, pourront appeler IMA qui s'efforcera de leur venir en aide.

ARTICLE 8 - MISE EN ŒUVRE

Les prestations garanties sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle sur appel téléphonique du bénéficiaire au (+352 44 44 44). Les appelants seront accueillis au standard au titre d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE et devront faire connaître leur qualité de bénéficiaire de CMCM-Assistance.

Afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire ayant fait preuve d'initiative raisonnable, IMA peut participer «après-coup» aux frais engagés dans la limite de ce qui aurait été mis en œuvre à la suite d'un appel préalable.

Néanmoins IMA ne saurait voir sa responsabilité engagée pour toute initiative directement prise par le bénéficiaire, notamment pour l'assistance aux personnes malades ou blessées.

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

IMA ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

IMA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

ARTICLE 9 - RISQUES EXCLUS

9.1 FAUTE INTENTIONNELLE OU DOLOSIVE DU BÉNÉFICIAIRE

Ne peut donner lieu à intervention tout sinistre provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire.

IMA ne sera notamment pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire commet de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

9.2 SPORTS PRATIQUÉS EN COMPÉTITION

Ne peut donner lieu à intervention tout sinistre consécutif à la pratique d'un sport en compétition.

9.3 NE SONT PAS GARANTIS par la convention CMCM-Assistance et ne donnent pas lieu à intervention:

- les frais médicaux et chirurgicaux ne découlant pas directement d'une maladie ou d'un accident garanti,
- les traitements ambulatoires n'ayant pas nécessité une hospitalisation,
- les frais occasionnés par:
 - un état de grossesse à moins d'une complication imprévisible,
 - des cures de rajeunissement, d'amaigrissement, des traitements esthétiques, des transformations sexuelles, des traitements par psychanalyse, des bilans de santé, des cures

- thermales, des actes et traitements en série (kinésithérapie, orthophonie, orthopédie),
- des séjours en établissements pour convalescence, surveillance de soins, repos, cures ou postcures, maisons d'enfants, maisons de retraite, service de gérontologie...,
 - des soins dispensés par des praticiens non habilités par les autorités du pays,
 - un traitement dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la réglementation luxembourgeoise.
- les frais d'optique, de prothèses, d'appareils de surdité, d'appareils orthopédiques, de prothèses dentaires et traitements orthodontiques, sauf s'ils sont causés directement et exposés à l'occasion d'un accident ou de maladie garantie.

ARTICLE 10 - SUBROGATION

IMA est subrogée jusqu'à concurrence des frais pay s par elle dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable du sinistre.

ARTICLE 11 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l' v nement qui lui donne naissance.

ANNEXE IV : a) GARANTIE «PRESTAPLUS»

créée le 1er avril 1991

Art. 1er - Objet de la protection

En cas d'interventions chirurgicales légères ou moyennes, y compris les accouchements, telles que définies à l'annexe 1a) des statuts, la CMCM accorde les prestations suivantes sous réserve de l'application de l'article 12 sub 3 des statuts, qui dispose que les prestations sont calculées sur base des prestations servies par l'assurance maladie obligatoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Ainsi la CMCM prend en charge:

1. les frais de séjour à l'hôpital à raison de la différence entre les tarifs de 1ère classe avec salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2ème classe à deux lits.
2. les honoraires médicaux à raison de la différence entre le tarif de 1ère classe et le remboursement de l'assurance maladie en 2ème classe.

Par dérogation à ce qui précède, la CMCM prend en charge, en l'absence d'intervention chirurgicale, les frais de séjour et les honoraires médicaux tels que définis aux points 1 et 2 du présent article, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 journées par année de calendrier.

Art. 2 - Conditions d'admission

Peut bénéficier de la garantie «PRESTAPLUS» visée à l'article 31 des statuts de la CMCM tout affilié qui remplit les conditions prévues aux articles 3. et 13. desdits statuts.

Art. 3 - Début de la protection

L'affilié est protégé par la garantie «PRESTAPLUS» à partir de la date fixée dans l'acceptation de la demande d'adhésion, qui tient compte du délai de carence déterminé ci-après.

Art. 4 - Délai de carence

Le délai de carence est fixé à trois mois à partir du 1er du jour du mois qui suit l'entrée de la demande d'adhésion, sous condition que les cotisations

échues aient été payées endéans les trente jours de l'appel des cotisations. A défaut, le délai de carence commence à courir à partir de la date du paiement.

Art. 5 - Organisation financière

Pour garantir le paiement des prestations, le régime particulier «PRESTAPLUS» constitue en fonds propres un fonds de réserve statutaire qui ne peut être inférieur à la moitié de la moyenne annuelle calculée sur la base des dépenses annuelles des cinq derniers exercices précédant l'exercice en cours.

Art. 6- Cotisations

L'affilié, tel qu'il est défini à l'article 3 des statuts de la CMCM, règle une cotisation familiale annuelle calculée suivant l'année de calendrier consécutive à celle au cours de laquelle il atteint l'âge de respectivement 40, 55 ou 65 ans.

La cotisation est fixée comme suit:

Cotisation annuelle familiale

Age d'affiliation à l'adhésion	Risque médical et hospitalier
moins de 40 ans	14,38 €
de 40 à 54 ans	16,52 €
de 55 à 64 ans	17,85 €
65 ans et plus	21,10 €

Les montants susvisés sont fixés au nombre-indice 100 du coût de la vie.

La cotisation est perçue pour l'année de cotisation sur base de la moyenne semestrielle des indices des prix à la consommation rattachés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 11 des statuts de la CMCM.

Art. 7 - Démission

L'affilié peut renoncer au renouvellement de son adhésion, en informant la CMCM 60 jours avant l'échéance de la nouvelle période annuelle d'adhésion.

Art. 8 - Réadmission des affiliés démissionnaires ou radiés

En cas de réadmission, le délai de carence fixé à l'article 4 précité est porté à 12 mois.

Art. 9 - Disposition générale

Les prestations ne peuvent, en aucun cas, dépasser le découvert restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie.

Les affiliés à la garantie «PRESTAPLUS» ayant opté pour le risque médical et hospitalier au sens de l'article 1er ci-dessus, hospitalisés au Grand-Duché de Luxembourg et qui ne peuvent pas profiter d'un séjour hospitalier en 1ère classe, bénéficient en cas d'intervention chirurgicale d'une participation de 10 € par journée d'hospitalisation en 2e classe pour frais divers encourus par l'hospitalisé, avec un maximum de 30 journées par année de calendrier.

Les prestations de la garantie «PRESTAPLUS» ne sont pas cumulables avec celles servies à l'étranger, reprises au sous-chapitre III du chapitre V des présents statuts.

Art. 10 - Disposition finale

Pour tous les cas non prévus par le présent règlement, il est fait application des statuts de la CMCM, par analogie.

Art. 11- Dispositions transitoires

1. Pour les membres affiliés au 31 décembre 1993 à la garantie «PRESTAPLUS» et par dérogation à l'alinéa 1er de l'article 5 qui précède, la cotisation est déterminée selon l'âge que l'affilié avait à la date de sa dernière affiliation à la CMCM.
2. Les membres n'ayant pas opté au 30 juin 1996 pour les deux risques cumulés, peuvent continuer à bénéficier du risque choisi.

Pour ces affiliés la cotisation annuelle au nombre-indice 100, par dérogation à l'alinéa 2 de l'article 5, s'établit comme suit:

Cotisation annuelle familiale

Age d'affiliation à l'adhésion	Remboursement des honoraires médicaux	Prestations de séjour hospitalier
moins de 40 ans	4,43 €	9,95 €
de 40 à 54 ans	5,47 €	11,05 €
de 55 à 64 ans	6,01 €	11,84 €
65 ans et plus	8,44 €	12,66 €

ANNEXE IV : b) GARANTIE «DENTA & OPTIPLUS»

créée le 1er janvier 2010

Art. 1er - Objet de la protection

La CMCM accorde les prestations suivantes sous réserve de l'application de l'article 12 sub 3 des statuts de la CMCM, qui dispose que les prestations sont calculées sur base des prestations servies par l'assurance maladie obligatoire du Grand-Duché de Luxembourg.

A. Risque dentaire

L'intervention de la CMCM se limite aux prestations pour soins de médecine dentaire prévues aux tarifs officiels.

La présentation d'un décompte détaillé de la caisse de maladie est obligatoire.

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 80% du découvert restant à charge de l'affilié après participation de l'assurance maladie et du régime commun de la CMCM aux prestations suivantes:

1) Soins dentaires et traitement parodontal

a) Soins dentaires

Prise en charge des prestations de soins dentaires reprises à l'article 24.2) des statuts de la CMCM jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 600 € par personne protégée.

Par dérogation à l'article 1^{er} sub A. alinéa 3 ci-avant, la CMCM participe aux frais pour obturation en composite jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 40 € par année de calendrier, avec un forfait maximal de 8 € par dent prémolaire ou molaire.

b) Traitement parodontal

Prise en charge des prestations de traitement parodontal jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 200 € par personne protégée.

Les prestations pour traitement parodontal cumulées avec les prestations pour soins dentaires ne peuvent dépasser le plafond annuel de 600 € cité sub 1) a).

2) Orthodontie

Prise en charge des prestations d'orthodontie reprises à l'article 24.1) d) des statuts de la CMCM jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 350 € par personne protégée.

3) Prothèses dentaires et implants dentaires

a) Prothèses dentaires

Prise en charge des prestations pour prothèses dentaires reprises aux articles 25.1 et 2 des statuts de la CMCM jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 3.000 € par personne protégée.

b) Implants dentaires

Prise en charge des prestations pour implants dentaires à hauteur d'un forfait de 350 € par implant jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 1.050 € par personne protégée.

Les prestations pour implants dentaires cumulées avec les prestations pour prothèses dentaires ne peuvent dépasser le plafond annuel de 3000 € cité sub 3) a).

B. Aides visuelles et chirurgie réfractive

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 80% du découvert restant à charge de l'affilié après participation de l'assurance maladie et du régime commun de la CMCM aux prestations suivantes:

1) Verres correcteurs

Participation aux frais pour verres correcteurs jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 100 € par personne protégée.

Les frais pour montures ne sont pas pris en charge.

La présentation d'une ordonnance médicale est obligatoire.

2) Lentilles

Participation aux frais pour lentilles jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 100 € par personne protégée.

La présentation d'une ordonnance médicale est obligatoire.

3) Chirurgie réfractive

Participation au découvert des frais médicaux pour traitement de chirurgie réfractive à raison d'un montant maximal de 300 € par œil.

Art. 2 - Conditions d'admission

Peut bénéficier de la garantie "DENTA & OPTIPLUS" visée à l'article 31 des statuts de la CMCM tout affilié qui remplit les conditions prévues aux articles 3. et 13. desdits statuts.

Art. 3 - Début de la protection

L'affilié est protégé par la garantie "DENTA & OPTIPLUS" à partir de la date fixée dans l'acceptation de la demande d'adhésion, qui tient compte du délai de carence déterminé ci-après.

Art. 4 - Délai de carence

Le délai de carence est fixé à trois mois à partir du 1er du jour du mois qui suit l'entrée de la demande d'adhésion, sous condition que les cotisations échues aient été payées endéans les trente jours de l'appel des cotisations. A défaut, le délai de carence commence à courir à partir de la date du paiement.

Art. 5 - Organisation financière

Pour garantir le paiement des prestations, le régime particulier "DENTA & OPTIPLUS" constitue en fonds propres un fonds de réserve statutaire qui ne peut être inférieur à la moitié de la moyenne annuelle calculée sur la base des dépenses annuelles des cinq derniers exercices précédant l'exercice en cours.

Art. 6 - Cotisations

L'affilié, tel qu'il est défini à l'article 3 des statuts de la CMCM, règle une cotisation familiale annuelle. La cotisation de base majorée est calculée suivant l'année de calendrier consécutive à celle au cours de laquelle il atteint l'âge de respectivement 40 ou 60 ans.

La cotisation est fixée comme suit:

Age d'affiliation à l'adhésion à la garantie "DENTA & OPTIPLUS"	Cotisation annuelle familiale
moins de 40 ans	19,50 €
de 40 à 59 ans	30,50 €
60 ans et plus	34,50 €

Les montants susvisés sont fixés au nombre-indice 100 du coût de la vie.

La cotisation est perçue pour l'année de cotisation sur base de la moyenne semestrielle des indices des prix à la consommation rattachés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 11 des statuts de la CMCM.

Art. 7 - Démission

L'affilié peut renoncer au renouvellement de son adhésion, en informant la CMCM 60 jours avant l'échéance de la nouvelle période annuelle d'adhésion.

Art. 8 - Réadmission des affiliés démissionnaires ou radiés

En cas de réadmission, le délai de carence fixé à l'article 4 précité est porté à 12 mois.

Art. 9 - Disposition générale

Les prestations ne peuvent, en aucun cas, dépasser le découvert restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie et du régime commun de la CMCM.

Art. 10 - Disposition finale

Pour tous les cas non prévus par le présent règlement, il est fait application des statuts de la CMCM, par analogie.