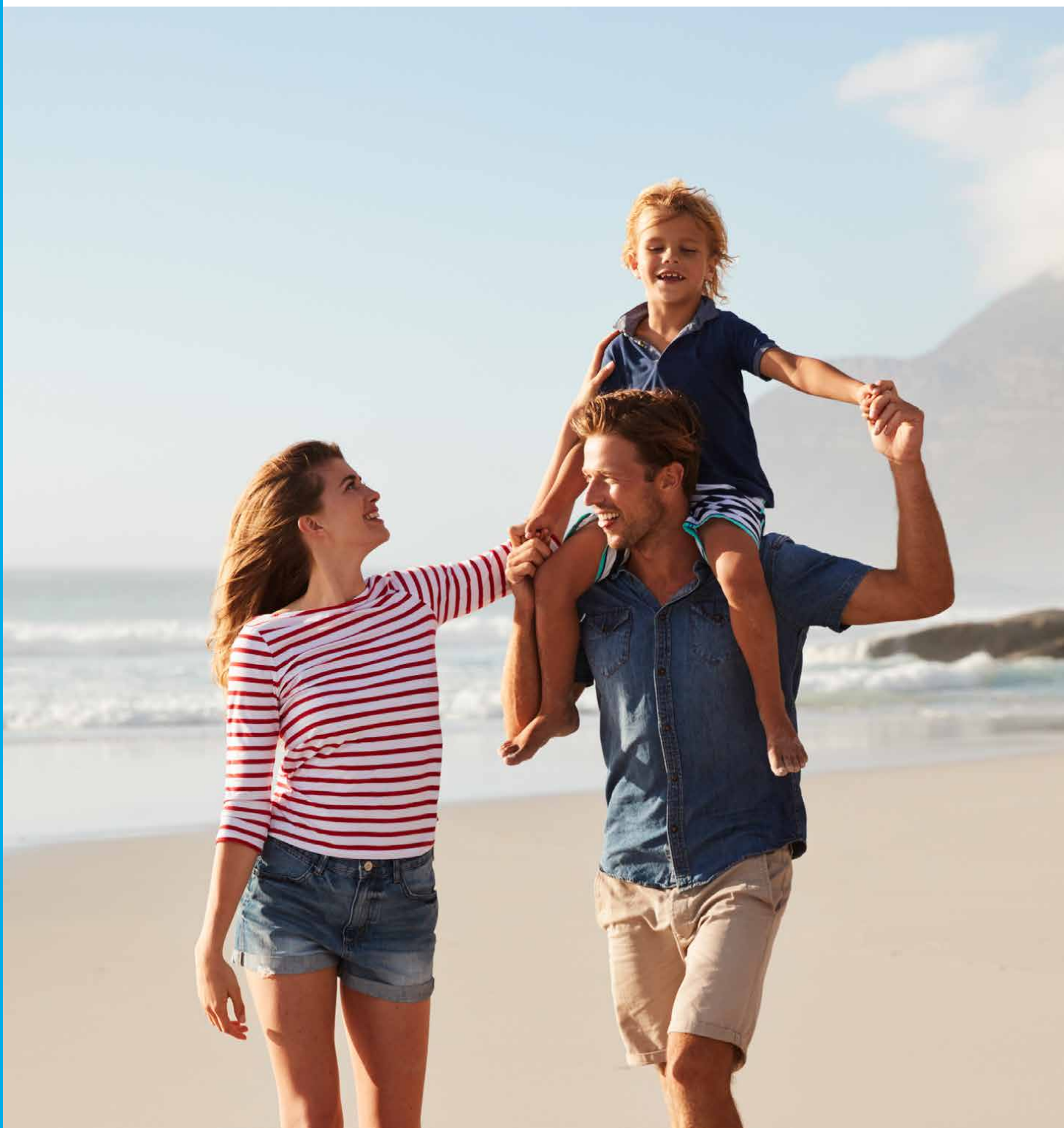




STATUTS DE LA CMCM

FR





STATUTS

En cas de contestation, font seuls foi les textes statutaires, réglementaires et conventionnels publiés au Mémorial.

CHAPITRE I : DÉNOMINATION, SIÈGE ET OBJET

Art. 1^{er} - Dénomination et siège

Il est institué au sein de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise une société de secours mutuels qui prend la dénomination de « Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg », anciennement « 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 ou toute disposition légale ou réglementaire qui viendrait à s'y substituer. Elle est issue de la fusion de la « Caisse Chirurgicale Mutualiste » avec la « Caisse Dentaire Mutualiste » du Grand-Duché de Luxembourg au 1^{er} 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 19 sub 2.

A défaut d'adhésion à une société de secours mutuels reconnue par l'Etat et affiliée à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise, la CMCM met en compte à l'affilié en plus de la cotisation auprès de la CMCM une contribution annuelle pour la mutualité luxembourgeoise de 18€ qui est reversée à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise.

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 douze mois suivant le prononcé 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 dissous.
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 ou du paiement de la contribution annuelle pour la mutualité luxembourgeoise, mais l'affiliation ne sort ses effets qu'avec le règlement de la cotisation échue selon la modalité de paiement choisie.

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 due 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 CMCM avant le 31 décembre de l'année en cours pour être prise en considération pour l'année suivante.

Art. 5 - Radiation

Peuvent être radiés les affiliés qui, 30 jours après un rappel notifié par lettre recommandée, ne se sont pas encore acquittés du paiement des cotisations dues respectivement pour lesquels le recouvrement selon l'article 10 ci-après n'a pas été fructueux.

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

Les affiliés restent redevables des cotisations échues nonobstant une mesure de radiation prononcée à leur rencontre.

Art. 6 - Exclusion

Seront exclus de la CMCM :

- 1) Les affiliés qui ne sont plus membres d'une société de secours mutuels respectivement qui refusent de s'acquitter de la contribution annuelle pour la mutualité luxembourgeoise prévue à l'article 3 ci-dessus. 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 37 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 de la notification de l'exclusion.

Art. 7 - Réadmission

Les affiliés, qui démissionnent par écrit en raison de leur départ pour l'étranger, peuvent redevenir membres de la CMCM lors de leur retour, sous réserve des dispositions de l'article 3 paragraphe 1 et de l'article 19, paragraphe 1 des présents statuts.

Par dérogation à ce qui précède, les affiliés des régions limitrophes qui démissionnent par écrit en raison du 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 de l'article 3 paragraphe 1 et de l'article 19 paragraphe 1 des présents statuts.

Les membres démissionnaires, radiés ou exclus peuvent être réadmis par le conseil d'administration sous réserve des dispositions de l'article 3 paragraphe 1 et de l'article 22 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 dons et legs de particuliers ;
 - c) les subventions accordées par l'Etat et les communes ;
 - d) les intérêts des fonds placés.

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

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.

CHAPITRE IV : COTISATIONS

Art. 9 - Fixation des cotisations

1. Les cotisations pour :
 - a) la couverture obligatoire du RÉGIME COMMUN,
 - b) la couverture optionnelle PRESTAPLUS,
 - c) la couverture optionnelle DENTA & OPTIPLUS,

telles que définies ci-après, sont fixées au Barème des Cotisations de la CMCM à l'Annexe A ci-après qui fait partie intégrante des présents statuts. Ce barème est désigné ci-après par « Barème des Cotisations ».

Les cotisations sont perçues pour l'année de cotisation sur base de la moyenne semestrielle des indices des prix à la consommation rattachés à la base 1^{er} janvier 1948, en vigueur au 1^{er} septembre de l'année précédente.

Sauf dispositions contraires prévues par les présents statuts ou dans le Barème des Cotisations, la cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'affilié au moment de l'adhésion.

2. Il est créé une affiliation par l'employeur dont les modalités pratiques et les conditions d'affiliation sont déterminées dans

le Barème des Cotisations de la CMCM. Par dérogation aux dispositions de l'article 3.1., l'employeur, soit affilié ses salariés auprès d'une société de secours mutuels reconnue par l'Etat et affiliée à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise soit règle à la CMCM une contribution annuelle à la mutualité luxembourgeoise d'un montant de 3€ par affilié. Cette contribution est reversée par la CMCM à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise.

3. Pour pouvoir prétendre aux prestations des couvertures offertes par la CMCM, l'affilié doit régler les cotisations afférentes conformément à l'article 10 ci-après et telles que déterminées par les présents statuts et dans le Barème des Cotisations.
4. Le coaffilié adhérant à la CMCM en tant qu'affilié principal endéans un délai de 12 mois, tel que défini à l'article 19.2. des statuts, est dispensé du paiement de la cotisation pour l'année au cours de laquelle il perd le statut de coaffilié.
5. Le coaffilié, avant l'âge de 30 ans accomplis et après l'atteinte de l'âge limite, prévu à l'article 3 paragraphe 2 alinéa 3, adhérant à la CMCM en tant qu'affilié principal endéans un délai de 12 mois est dispensé du paiement de la cotisation pour l'année en cours et pour l'année consécutive lors de laquelle il perd le statut de coaffilié.

Art. 10 - 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 procédé au recouvrement forcé des cotisations impayées par toutes voies de droit sans préjudice quant à l'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 mise en compte 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 l'exercice en cours et l'exercice précédent.

En cas de décès de l'affilié, la cotisation n'est due qu'au prorata jusqu'au dernier jour du mois de la survenance du décès. Pour l'affilié principal qui devient coaffilié en cours d'année, la cotisation n'est due qu'au prorata jusqu'au dernier jour du mois précédant sa coaffiliation.

De manière générale, la CMCM se réserve le droit de déduire toute créance de cotisation du montant des prestations à régler.

CHAPITRE V : LES PRESTATIONS DE LA CMCM

SOUS-CHAPITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES

À TOUTES LES COUVERTURES

Art. 11 - 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.

Dans ce cadre, la CMCM offre à ses affiliés trois couvertures :

- RÉGIME COMMUN (obligatoire)
- PRESTAPLUS (optionnelle)
- DENTA & OPTIPLUS (optionnelle)

Les prestations offertes dans ce cadre sont déterminées au Barème des Prestations de la CMCM à l'Annexe B ci-après, qui fait partie intégrante des présents statuts. Ce barème est désigné ci-après par « Barème des Prestations »

La CMCM fait en outre bénéficier ses affiliés d'une garantie d'assistance dénommée CMCM-ASSISTANCE en cas de déplacement à l'étranger qui est incluse dans le RÉGIME COMMUN et dont les modalités pratiques sont prévues à l'annexe III du Barème des Prestations de la CMCM.

2. 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 de la Sécurité Sociale et désignée par « assurance maladie » dans les présents statuts.
3. Les prestations ne peuvent en aucun cas dépasser le découvert, restant à charge de l'affilié, après participation de l'assurance maladie.
4. La CMCM se réserve le droit d'exiger la présentation :
 - d'un décompte détaillé de la caisse de maladie ;
 - d'un certificat médical motivé ou d'une ordonnance médicale ;
 - d'un devis dentaire.

Art. 12 - Délai de forclusion

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. 13 - 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. 14 - Frais non couverts

Ne sont notamment pas à charge de la CMCM, sauf dérogation prévue dans les présents statuts :

- a) les prestations fournies en relation directe avec des actes et faits de guerre civile ou étrangère, un cataclysme ou une rixe (sauf légitime défense) ;
- 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 et médecins-dentistes non conventionnés ou non agréés par l'assurance maladie ;
- 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.

Art. 15 - Prestations complémentaires

Le conseil d'administration de la CMCM est autorisé à garantir à ses affiliés des prestations supplémentaires à celles prévues au présent chapitre V 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 inclure dans le Barème des Prestations et le Barème des Cotisations.

SOUS-CHAPITRE II : RÉGIME COMMUN

Art. 16 - Objet de la protection

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 dans le Barème des Prestations de la CMCM ;
 - 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 du Barème des Prestations de la CMCM ;
 - c) d'un traitement médico-dentaire.
2. 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.
3. Le conseil d'administration peut, sur avis de son médecin-conseil, accorder des prestations 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 ».
4. Si, au cours de l'année, une nouvelle nomenclature d'un ou de plusieurs actes tarifés est appliquée par l'assurance maladie, le conseil d'administration peut s'y rallier conformément à l'article 37 des présents statuts.
5. 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.

Art. 17 - Conditions d'admission

Peut bénéficier de la couverture du RÉGIME COMMUN, tout affilié qui remplit les conditions prévues aux articles 3 et 19 des présents statuts.

Art. 18 - Début de la protection

L'affilié est protégé par la couverture du RÉGIME COMMUN 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. 19 - Délai de carence

1. a) Pour avoir droit aux prestations du RÉGIME COMMUN 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 10 sub 2 du Barème des Prestations de la CMCM, 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 12 mois :

- après l'atteinte de l'âge limite, prévu à l'article 3 paragraphe 2 alinéa 3,
- après leur changement d'état civil ou
- après l'expiration de leur qualité de coaffilié.

Il en est de même des affiliés, assurés pendant au moins les 12 mois précédant l'affiliation à la CMCM auprès d'un organisme reconnu par la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou d'un organisme de complémentaire santé.

Art. 20 - Organisation financière

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.

Art. 21 - Démission

L'affilié peut renoncer au renouvellement de son adhésion selon les formes et les conditions prévues à l'article 4 des présents statuts.

Art. 22 - Réadmission

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, à l'exception des cas visés à l'article 19.2 ci-dessus.

SOUS-CHAPITRE III : PRESTAPLUS

Art. 23 - Objet de la protection

En cas d'interventions chirurgicales légères ou moyennes, y compris les accouchements, telles que définies à l'annexe I a) du Barème des Prestations de la CMCM, la CMCM accorde les prestations prévues au point II du Barème des Prestations de la CMCM sous réserve de l'application de l'article 16 sub 2 des statuts, qui dispose que les prestations sont calculées sur base des prestations servies par l'assurance maladie obligatoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 24 - Conditions d'admission

Peut bénéficier de la garantie PRESTAPLUS visée à l'article 11 des statuts de la CMCM tout affilié qui remplit les conditions prévues aux articles 3, 19 et 29 desdits statuts.

Art. 25 - 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. 26 - Délai de carence

Le délai de carence est fixé à trois mois à partir du 1^{er} jour du mois qui suit l'entrée de la demande d'adhésion, à l'exception des cas visés à l'article 19.2. du chapitre V des statuts.

Art. 27 - 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. 28 - Démission

L'affilié peut renoncer au renouvellement de son adhésion, en informant la CMCM jusqu'au 31 décembre de l'année courante.

Art. 29 - Réadmission

En cas de réadmission, le délai de carence fixé à l'article 26 précité est porté à 12 mois, à l'exception des cas visés à l'article 19.2. du chapitre V des statuts.

SOUS-CHAPITRE IV: DENTA & OPTIPLUS

Art. 30 - Objet de la protection

La CMCM accorde les prestations prévues au point III du Barème des Prestations de la CMCM sous réserve de l'application de l'article 11 sub 2 ci-dessus, qui dispose que les prestations sont calculées sur base des prestations servies par l'assurance maladie obligatoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 31 - Conditions d'admission

Peut bénéficier de la garantie DENTA & OPTIPLUS, tout affilié qui remplit les conditions prévues aux articles 3, 19 et 36 desdits statuts.

Art. 32 - 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. 33 - Délai de carence

Le délai de carence est fixé à neuf mois à partir du 1^{er} jour du mois qui suit l'entrée de la demande d'adhésion, à l'exception des cas visés à l'article 19.2. du chapitre V des statuts.

Art. 34 - 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. 35 - Démission

L'affilié peut renoncer au renouvellement de son adhésion, en informant la CMCM jusqu'au 31 décembre de l'année courante.

Art. 36 - Réadmission

En cas de réadmission, le délai de carence fixé à l'article 33 précité est porté à 36 mois, à l'exception des cas visés à l'article 19.2. des présents statuts.

CHAPITRE VI: ADMINISTRATION

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 37

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.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent chacun postuler que pour un seul poste (président, vice-président, 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 sans toutefois avoir la possibilité d'être membre du bureau exécutif.

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 de la CMCM constitue, pour l'épauler dans ses travaux, un bureau exécutif dont les membres sont administrateurs de la CMCM. Le conseil d'administration doit nommer les membres de ce bureau exécutif et déterminer leurs pouvoirs. Le directeur général et/ou son représentant peuvent assister le conseil d'administration dans ses fonctions.

Le bureau exécutif ensemble avec un des directeurs est habilité à statuer sur des cas particuliers pour lesquels l'application des règles ordinaires en matière de politique de remboursement aboutirait à des situations manifestement contraires à l'équité ainsi qu'à l'esprit et aux valeurs de la mutualité luxembourgeoise. Le bureau exécutif et le directeur appelé à statuer pourront s'appuyer sur l'avis du préposé du service concerné et du médecin conseil.

7. Le conseil d'administration peut s'adjoindre des conseillers techniques.
8. Les conditions de rémunération des salariés et des conseillers techniques sont fixées par le conseil d'administration.

Art. 38

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 pour le régime commun et 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 39 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 secours mutuels les noms et prénoms des candidats, ainsi que les noms des sociétés qui les ont proposés.

Les délégués des sociétés respectivement les délégués de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise 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 39 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. 39

A l'exception du membre visé à l'article 37, paragraphe 1. alinéa 5, la fonction de membre du conseil d'administration 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 secours mutuels 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.

Art. 40

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

Le conseil d'administration de la CMCM délègue la gestion journalière de la CMCM, ainsi que la représentation de la CMCM en ce qui concerne la gestion journalière, à un directeur général qui doit être assuré à tous les risques couverts par la CMCM.

Art. 41

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.

Pour toute opération financière généralement quelconque, la CMCM est valablement engagée par la double signature du président, d'un vice-président ou du secrétaire général d'une part et du directeur général ou de son représentant d'autre part.

Nonobstant les dispositions qui précèdent, pour toute opération financière relevant de la gestion journalière de la CMCM, en ce compris les prestations fournies par la CMCM à ses affiliés, la CMCM sera valablement engagée par la double signature du directeur général et de son représentant.

Pour tous les autres actes relevant de la gestion journalière, le directeur général peut agir seul.

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

Art. 42

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.

Art. 43 - Contrôle de la gestion financière

Le contrôle de la situation financière, des comptes annuels et de leur régularité au regard de la législation et des statuts est confié à un expert-comptable nommé par le conseil d'administration parmi les membres de l'Ordre des experts-comptables.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Art. 44

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.

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.

Les intérêts des affiliés ayant choisi d'adhérer à la CMCM moyennant le paiement d'une contribution à la mutualité luxembourgeoise seront représentés lors de l'assemblée générale de la CMCM par des délégués dûment mandatés et désignés au sein du conseil d'administration de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise dont le nombre est fixé comme suit :

- 1 délégué jusqu'à 100 affiliés
- 2 délégués pour 101 à 200 affiliés
- 3 délégués pour 201 à 400 affiliés
- 4 délégués pour 401 à 800 affiliés
- 5 délégués pour 801 à 1600 affiliés
- 6 délégués pour plus de 1600 affiliés.

Ces délégués de la FNML ne pourront pas faire fonction de délégué pour le compte de leur propre société de secours mutuels lors de la même assemblée.

2. Les délégués d'une même société respectivement les délégués de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise 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. 45

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 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 VII: CONTESTATIONS

Art. 46

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 VIII:

MODIFICATIONS DES STATUTS

Art. 47

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 seuls les délégués désignés par leurs sociétés de secours mutuels respectivement par la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise conformément au paragraphe 1^{er} de l'article 44 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 juillet 1961 déterminant le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tel qu'il a été modifié dans la suite.

CHAPITRE IX:

DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Art. 48

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 X:

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

Art. 49

Dans le cadre de toutes les activités de la CMCM décrites dans les présents statuts, y inclus les prestations tels que décrites dans les annexes A, B et I, ainsi que dans le cadre de toutes les conventions existantes de l'annexe II et III et de toute convention à venir, la CMCM s'engage à traiter toutes les données de ses affiliés et co-affiliés, salariés, fournisseurs et partenaires conventionnés (tels que les hôpitaux au Luxembourg ou à l'étranger) dans le respect total des dispositions du nouveau Règlement (UE) 2016/679, communément appelé « Règlement général sur la Protection des données » (RGPD), entrée en vigueur en date du 25 mai 2018.

ANNEXE A: BARÈME DES COTISATIONS DE LA CMCM

Faisant partie intégrante des statuts de la CMCM

I. RÉGIME COMMUN

L'applicabilité des cotisations majorées est déterminée sur base de l'âge de l'affilié au 1^{er} janvier de l'année de son affiliation.

La cotisation est fixée comme suit :

Age d'affiliation au RÉGIME COMMUN	Cotisation annuelle familiale
Moins de 40 ans	28,25€*
De 40 à 59 ans	33,75€
De 60 à 69 ans	39,25€
A partir de 70 ans	48,75€

* Toute personne célibataire devenant membre de la CMCM avant l'âge de 30 ans accomplis bénéficie d'une remise de 10%. Cette remise prendra fin à la première échéance qui sera :

- soit l'année civile consécutive à celle du mariage civil de l'affilié ou du partenariat au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats,
- soit l'année civile consécutive à celle au cours de laquelle l'affilié atteint l'âge de 30 ans.

Afin de bénéficier de la remise, la CMCM se réserve le droit de réclamer à tout moment un certificat de résidence délivré par sa commune de résidence.

Cette remise n'est pas cumulable avec les remises indiquées au point IV du présent barème, pour les employeurs au-dessus de 500 salariés.

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 1^{er} janvier 1948, en vigueur au 1^{er} septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 10 des statuts de la CMCM.

II. PRESTAPLUS

L'applicabilité des cotisations majorées est déterminée sur base de l'âge de l'affilié au 1^{er} janvier de l'année de son affiliation.

La cotisation est fixée comme suit :

Age d'affiliation à la garantie PRESTAPLUS	Cotisation annuelle familiale
Moins de 40 ans	14,38 €*
De 40 à 59 ans	16,52 €
De 60 à 69 ans	17,85 €
A partir de 70 ans	21,10 €

* Toute personne célibataire devenant membre de la CMCM avant l'âge de 30 ans accomplis bénéficie d'une remise de 10%. Cette remise prendra fin à la première échéance qui sera :

- soit l'année civile consécutive à celle du mariage civil de l'affilié ou du partenariat au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats,
- soit l'année civile consécutive à celle au cours de laquelle l'affilié atteint l'âge de 30 ans.

Afin de bénéficier de la remise, la CMCM se réserve le droit de réclamer à tout moment un certificat de résidence délivré par sa commune de résidence.

Cette remise n'est pas cumulable avec les remises indiquées au point IV du présent barème, pour les employeurs au-dessus de 500 salariés.

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 1^{er} janvier 1948, en vigueur au 1^{er} septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 10 des statuts de la CMCM.

III. DENTA & OPTIPLUS

L'applicabilité des cotisations majorées est déterminée sur base de l'âge de l'affilié au 1^{er} janvier de l'année de son affiliation.

La cotisation est fixée comme suit :

Age d'affiliation à la garantie DENTA & OPTIPLUS	Cotisation annuelle familiale
Moins de 40 ans	25,00 €*
De 40 à 59 ans	39,50 €
De 60 à 69 ans	45,50 €
A partir de 70 ans	56,50 €

* Toute personne célibataire devenant membre de la CMCM avant l'âge de 30 ans accomplis bénéficie d'une remise de 10%. Cette remise prendra fin à la première échéance qui sera :

- soit l'année civile consécutive à celle du mariage civil de l'affilié ou du partenariat au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats,
- soit l'année civile consécutive à celle au cours de laquelle l'affilié atteint l'âge de 30 ans.

Afin de bénéficier de la remise, la CMCM se réserve le droit de réclamer à tout moment un certificat de résidence délivré par sa commune de résidence.

Cette remise n'est pas cumulable avec les remises indiquées au point IV du présent barème, pour les employeurs au-dessus de 500 salariés.

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 1^{er} janvier 1948, en vigueur au 1^{er} septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 10 des statuts de la CMCM.

IV. AFFILIATION PAR L'EMPLOYEUR

Il est créé une affiliation par l'employeur au profit des employeurs souhaitant offrir aux membres de leur personnel (le minimum requis étant 3 salariés) une affiliation auprès de la CMCM.

Par salarié il y a lieu d'entendre une personne physique embauchée qui met son activité à la disposition d'une personne physique ou morale sous la subordination de laquelle elle se place moyennant rémunération.

Pour l'affiliation par l'employeur, les cotisations sont fixées de la manière suivante:

Garanties	Cotisation annuelle familiale
REGIME COMMUN	31,00€*
PRESTAPLUS	15,45€*
DENTA & OPTIPLUS	32,25€*

Les montants susvisés sont fixés au nombre-indexe 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 1^{er} janvier 1948, en vigueur au 1^{er} septembre de l'année précédente.

En cas d'affiliation par l'employeur, il peut être accordé une remise sur les cotisations, fixée comme suit :

Nombre d'affiliés	Remise
A partir de 15 salariés jusqu'à 150 salariés	10 %
A partir de 151 salariés jusqu'à 500 salariés	15 %
A partir de 501 salariés jusqu'à 1000 salariés	20 %
A partir de 1001 salariés jusqu'à 1500 salariés	25 %
Au-dessus de 1500 salariés	30 %

*Toute personne célibataire devenant membre de la CMCM avant l'âge de 30 ans accomplis, bénéficie d'une remise de 10% en surplus de la remise sur les cotisations en cas d'affiliation par l'employeur jusqu'à 500 salariés.

Cette remise prendra fin à la première échéance qui sera :

- Soit l'année civile consécutive à celle du mariage civil de l'affilié ou du partenariat au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats

- Soit l'année civile consécutive à celle au cours de laquelle l'affilié atteint l'âge de 30 ans.

Pour l'ensemble des couvertures souscrites par l'employeur, les affiliés seront dispensés des délais de carence prévus dans les statuts de la CMCM.

Toute couverture souscrite par les salariés à titre individuel et non souscrite à leur profit par l'employeur sera soumise aux dispositions statutaires et tarifaires ordinaires.

Si l'employeur souhaite mettre un terme à son engagement ou s'il est mis fin à la relation de travail, soit en raison d'un licenciement soit en raison d'une démission du salarié, l'affilié aura la possibilité de maintenir son affiliation aux conditions tarifaires ordinaires en tenant compte de l'âge de l'affilié à la date d'affiliation la plus favorable consistant soit dans la date de l'affiliation par l'employeur ou de la date d'affiliation individuelle en cas de préexistence d'une affiliation individuelle.

V. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

a) RÉGIME COMMUN

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 du Barème des Prestations et par le «Régime particulier» repris au Chapitre V des statuts.

2. Par dérogation au point I du présent barème, la cotisation pour les affiliés visés au point 1. ci-dessus est fixée à 14,55€ par an au nombre-indexe 100.

b) GARANTIE PRESTAPLUS

1. Pour les membres affiliés au 31 décembre 1993 à la garantie PRESTAPLUS et par dérogation au point II du présent barème, 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 risques cumulés, peuvent continuer à bénéficier du risque choisi.

Pour ces affiliés, la cotisation annuelle au nombre-indexe 100, par dérogation au point II. qui précède s'établit comme suit :

Cotisation annuelle familiale		
Age d'affiliation à la garantie PRESTAPLUS	Remboursement des honoraires médicaux	Prestations de séjour hospitalier
Moins de 40 ans	4,43€	9,95€
De 40 à 59 ans	5,47€	11,05€
De 60 à 69 ans	6,01€	11,84€
A partir de 70 ans	8,44€	12,66€

ANNEXE B: BARÈME DES PRESTATIONS DE LA CMCM

Faisant partie intégrante des statuts de la CMCM

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.

I. RÉGIME COMMUN

CHAPITRE I: LES PRESTATIONS SERVIES AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

SOUS-CHAPITRE I: LES PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE AMBULATOIRE

Art. 1 - Frais de séjour à l'hôpital

1. La CMCM accorde un forfait journalier de 2,70€ 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 la différence entre les frais de séjour en 1^{ère} classe avec salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2^e classe à deux lits jusqu'à concurrence d'un plafond journalier maximal de 13€ au nombre-indice 100 :
 - a) pour la durée d'hospitalisation autorisée par l'assurance maladie en cas d'intervention chirurgicale grave énumérée à l'annexe I b) du Barème des Prestations de la CMCM ;
 - b) pour la durée d'hospitalisation fixée à l'annexe I c) du Barème des Prestations de la CMCM ;
 - 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.
4. Place de surveillance ou hôpital de jour
En cas d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave, la CMCM accorde un forfait journalier de 1,35€ au nombre-indice 100, applicable aux personnes admises en place de surveillance ou en hôpital de jour.

En l'absence d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave, la CMCM accorde un forfait journalier de 1,35 € au nombre-indice 100, applicable aux personnes admises en place de surveillance ou en hôpital de jour pendant un maximum de 5 jours par année de calendrier.

Art. 2 - 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 2^e classe.

Art. 3 - 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 14 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, ainsi qu'en cas d'alopécie areata.

Le remboursement de la CMCM s'élève à un montant maximal de 200 €.

Art. 4 - Frais d'accompagnement

La CMCM rembourse les frais d'accompagnement jusqu'à concurrence d'un plafond journalier maximal de 9 € au nombre-indice 100 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 ;
- e) d'un accouchement ;
- f) d'une hospitalisation pour accompagnement d'un affilié en fin de vie, jusqu'à concurrence d'une durée maximale de 10 journées au total, dans les 60 jours précédant le décès (sur présentation d'un acte de décès).

Art. 5 - Cures

- a) 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 3,56 € au nombre-indice 100 par jour à condition que la cure débute endéans les 12 mois de la sortie de l'hôpital.
- b) La CMCM participe au découvert des frais pour une seule cure d'obésité pathologique par personne, dûment autorisée par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence de 20 % du tarif officiel de la sécurité sociale luxembourgeoise.
- c) La CMCM participe au découvert des frais pour le suivi spécifique post-chirurgie bariatrique dûment autorisé par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence de 20 % du tarif officiel de la sécurité sociale luxembourgeoise.

Art. 6

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) du Barème des Prestations de la CMCM. 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 l'intervention chirurgicale ou le traitement médical grave sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un forfait journalier maximal de 2,70€ au nombre-indice 100 pour la durée du séjour accordée par l'assurance maladie pendant un délai de 90 jours précédant et 360 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 œil en cas d'autorisation par l'assurance maladie.

e) 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.

f) Prothèses auditives

La CMCM prend en charge les frais pour prothèses auditives, dûment autorisées par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 200 €.

Les frais de réparation ne sont pas à charge.

g) Chaussures orthopédiques

La CMCM prend en charge les frais pour chaussures orthopédiques, dûment autorisées par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 100 €.

h) Soins à domicile

La CMCM rembourse le découvert des frais pour soins à domicile pris en charge par l'assurance maladie, en relation avec l'intervention chirurgicale ou le traitement médical grave, jusqu'à concurrence des tarifs officiels et d'un plafond annuel maximal de 50 € par personne protégée, pendant un délai de 30 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

i) Médecine préventive

1) Analyses médicales :

La CMCM rembourse le montant maximum ci-après :

- 100 € pour la détection prénatale d'anéuploïdie foetale à partir du sang maternel. (trisomies 13, 18,21)
- 50 € pour la détermination du génotype RHD foetal à partir du sang maternel.
- 30 € pour le marqueur de risque cardiovasculaire de type « Calcul de l'index Omega 3 ».

- 30 € pour le marqueur de risque cardiovasculaire de type « Lp-PLA2 ».
- 20 € pour test immunologique de dépistage du cancer colorectal « iFOBT ».

2) Ostéopathie

La CMCM prend en charge les frais de traitement auprès d'un ostéopathe, diplômé en ostéopathie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 10 € par année de calendrier.

3) Chiropraxie

La CMCM prend en charge les frais de traitement auprès d'un chiropracticien, diplômé en chiropraxie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 10 € par année calendrier.

4) Cardiologie

Épreuve d'effort :

La CMCM participe au découvert des frais d'une épreuve d'effort dûment autorisée par l'assurance maladie jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 15 € par année de calendrier.

5) Vaccins

- 30 € pour la vaccination contre l'hépatite « A » ou « B ».

SOUS-CHAPITRE II : LES PRESTATIONS POUR SOINS DE MÉDECINE DENTAIRE

Art. 7

1. L'intervention de la CMCM se limite aux actes et aux tarifs pour soins de médecine dentaire prévus dans la nomenclature officielle de la CNS.
2. Par dérogation à l'article 14 sub g) des statuts de la CMCM, les prestations prévues aux articles 8 et 9 ci-après sont également accordées en cas de refus de remboursement par l'assurance maladie.

Art. 8

1. Sous réserve des dispositions de l'article 7 ci-dessus, la CMCM rembourse le découvert jusqu'à 100 % des tarifs officiels des actes suivants :

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'odontoides 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

2. Orthodontie

a) Sous réserve des dispositions de l'article 7 ci-dessus, la CMCM rembourse le découvert entre le tarif officiel prévu dans la nomenclature de la CNS et le remboursement de l'assurance maladie pour les actes suivants :

- 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 21^e 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 27^e mois du traitement
- DT36 Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labiomaxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle
- DT46 Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labiomaxillaire 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

b) Sous réserve des dispositions de l'article 7 ci-dessus, la CMCM participe au découvert à charge de l'affilié jusqu'à concurrence d'un montant correspondant à la différence entre le tarif officiel prévu dans la nomenclature de la CNS et le remboursement de l'assurance-maladie, sans que cette participation ne puisse être inférieure à 20 % du tarif officiel.

- 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 21^e 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 27^e mois du traitement

3. Sous réserve des dispositions de l'article 7 ci-dessus, 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 €

4. Par dérogation aux dispositions de l'article 7 ci-dessus, la CMCM rembourse le montant maximum ci-après :

- a) **Chirurgie parodontale :**
90 € par demi-arcade et par période de 5 ans
- b) **Implants dentaires :**
150 € par implant dentaire
- c) **La CMCM participe au découvert des frais pour anesthésie générale** (incl. MEOPA) jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 100 € pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans pour tous les actes techniques de la deuxième partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes.

Art. 9

Sous réserve de l'application de l'article 14 sub i) des statuts de la CMCM et de l'article 7 ci-dessus, 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

DA11	Plaque base en résine synthétique	50 €
DA12	Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée	50 €
DA13	Prothèse à squelette (à l'exception d'une seule dent et avec au minimum deux moyens d'attache)	140 €
DA21	Empreinte par porte empreinte individuel	10 €
DA22	Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	18 €
DA23	Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic	18 €
DA31	Dent prothétique	20 €
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 €

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

2. Prothèse dentaire conjointe

DB23	Couronne à facette	85€
DB25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	90€
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	85€
DB36	Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé	5€
DB37	Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris	13€
DB47	Élément de bridge céramo-métallique	85€

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 :

$$\frac{16 - 11 / 21 - 26}{46 - 41 / 31 - 36}$$

La CMCM prend en charge les métaux précieux utilisés jusqu'à concurrence de 45€ par élément pour les positions suivantes :

DB21	Couronne coulée
DB24	Couronne trois quarts
DB29	Dent à pivot avec anneau radiculaire (genre Richmond)
DB30	Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)
DB32	Couronne jacket en résine
DB48	Élément de bridge barre (spring bridge)
DB49	Élément de bridge en métal massif
DB50	Élément de bridge en résine
DB51	Élément de bridge à facette ou dent à tube

3. Prestations réservées à l'assurance accident

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	85€
DW25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	90€
DW28	Inlay servant de pilier de bridge	40€
DW31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne	40€

CHAPITRE II : LES PRESTATIONS SERVIES À L'ÉTRANGER

Art. 10 - Dispositions générales

- Pour des traitements médicaux ou médico-dentaires à l'étranger autorisés préalablement, la CMCM fournit les prestations suivantes :
 - En cas d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical grave, tels que énumérés à l'annexe I du Barème des Prestations de la CMCM, avec ou sans hospitalisation, les prestations sont versées conformément aux articles 11 à 14 ci-après.
 - En cas de traitements médico-dentaires, les prestations sont versées conformément aux articles 7 à 9 ci-avant.
 - En cas de consultation d'un médecin spécialiste à l'étranger autorisée préalablement, les prestations sont versées conformément à l'article 14 sub f. ci-après.
 - En cas d'hospitalisation pour un traitement médical, les prestations sont fournies conformément à l'article 14 a) sub 3) ci-après.
 - En cas de traitement par fécondation in vitro, les prestations sont fournies selon l'article 14 h) ci-après.
- 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 :
 - En cas d'assistance et en cas d'hospitalisation, les prestations sont versées conformément au contrat d'assistance repris à l'Annexe III du présent Barème des Prestations de la CMCM.
 - En cas d'intervention chirurgicale ambulatoire, les prestations sont versées conformément à l'article 14 des présents statuts.
 - 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 1.250€ par année civile.
 - En cas de nécessité médicalement établie, la CMCM rembourse le découvert des frais de transport en ambulance et les frais de sauvetage jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 2.500€ par année civile.
- La CMCM règle les frais :
 - soit en prenant en charge les dépenses par la voie du tiers payant. (Règlement par la voie du tiers payant);
 - soit en remboursant intégralement ou partiellement les dépenses avancées par l'affilié. (Règlement par remboursement).
- 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 chapitre ne sont pas cumulables avec les prestations de la garantie PRESTAPLUS reprise au point II ci-après.
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 11 à 14 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 à l'article 16 des statuts et aux articles 1 à 9 du Barème des Prestations de la CMCM.

8. En l'absence de l'attestation S2/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 11 à 14 du Barème des Prestations de la CMCM.

Art. 11 - Règlement par la voie du tiers payant

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 10 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 S2/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 18 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. 12

1. Sous réserve des dispositions de l'article 11 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 du Barème des Prestations de la CMCM 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) Knappschaft Bochum ;
- 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 nécessitées à la suite d'un traitement chirurgical, sous réserve des dispositions de l'article 14 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, ainsi qu'en cas d'alopécie areata. Le remboursement de la CMCM s'élève à un montant maximal de 200 €.

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 12 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 11 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 :

- 30 € pour un parcours dépassant 200 km ;
- 45 € pour un parcours dépassant 300 km ;
- 60 € pour un parcours dépassant 400 km ;
- 75 € 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 11 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 11 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) du Barème des Prestations de la CMCM.

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.

Art. 13 - Règlement par remboursement

La CMCM garantit les prestations reprises à l'article 14 ci-après pour les traitements médico-chirurgicaux visés à l'article 10 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 du présent Barème des Prestations de la CMCM. 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 S2/E112 établie par la Caisse Nationale de Santé, est de rigueur.

Art. 14

Outre les prestations visées aux points a) à e) du paragraphe 2 de l'article 12 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-indexe 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) Barème des Prestations de la CMCM, la CMCM accorde un forfait maximal de 11€ au nombre-indexe 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 du Barème des Prestations de la CMCM, la CMCM accorde, pendant 50 jours au maximum par année de calendrier, un forfait maximal de 11€ au nombre-indexe 100.

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 2^e classe.

En cas d'hospitalisation sans intervention chirurgicale ou traitement médical grave, la CMCM rembourse les frais médicaux et frais connexes jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 150€ au nombre-indexe 100 par année de calendrier.

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 l c) du Barème des Prestations de la CMCM.

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.

En l'absence d'autorisation préalable par le contrôle médical de la sécurité sociale, la CMCM participe au découvert des honoraires et des frais médicaux connexes jusqu'à concurrence d'un montant de 100 € par consultation après avis favorable du médecin-conseil de la CMCM. La participation se limite à deux consultations par année civile.

g) Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les traitements dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en relation avec l'intervention chirurgicale ou le 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 un délai de 90 jours précédant et 360 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

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. La participation est limitée à un maximum de quatre essais.

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 œil en cas d'autorisation par l'assurance maladie.

II. PRESTAPLUS

La CMCM prend en charge :

1. les frais de séjour à l'hôpital à raison de la différence entre les tarifs de 1^{ère} classe avec salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2^{ème} classe à deux lits jusqu'à concurrence d'un montant de 13 € au nombre-indice 100.
2. les honoraires médicaux à raison de la différence entre le tarif de 1^{ère} classe et le remboursement de l'assurance maladie en 2^{ème} 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 ci-dessus, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année civile.

Les affiliés à la garantie PRESTAPLUS ayant opté pour le risque médical et hospitalier au sens de l'article 23 des statuts, hospitalisés au Grand-Duché de Luxembourg et qui ne peuvent pas profiter d'un séjour hospitalier en 1^{ère} classe, bénéficient en cas d'intervention chirurgicale d'une participation de 10 € par journée d'hospitalisation en 2^e classe pour frais divers encourus par l'hospitalisé, avec un maximum de 30 journées par année de calendrier.

3. Frais de transport au Grand-Duché de Luxembourg

- a) La CMCM rembourse les frais de 3 transports en ambulance par année civile, dûment autorisés par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence de 30 % du tarif officiel et d'un maximum de 100 €.
- b) La CMCM prend en charge les frais d'un (1) transport en ambulance par année civile non remboursé par l'assurance maladie jusqu'à concurrence de 30 €.

N.B: Un transport aller-retour effectué le même jour est à considérer comme un seul transport.

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

4. Semelles orthopédiques

La CMCM prend en charge les frais pour semelles orthopédiques pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, dûment autorisées par l'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25 € avec un renouvellement périodique au plus tôt après un délai de 3 ans à compter du dernier remboursement par la CMCM.

5. Médecine préventive

a) Mondorf Plus :

La CMCM accorde une participation unique d'un montant de 60 € au programme « SportMed » proposé par le Domaine Thermal de Mondorf sur présentation d'une attestation certifiant l'atteinte des objectifs fixés.

b) Ostéopathie :

La CMCM prend en charge les frais de traitement auprès d'un ostéopathe, diplômé en ostéopathie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 15 € par année de calendrier.

c) Chiropraxie :

La CMCM prend en charge les frais de traitement auprès d'un chiropraticien, diplômé en chiropraxie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 15€ par année calendrier.

d) Suivi psychologique :

La CMCM prend en charge les consultations pour enfants de moins de 18 ans auprès d'un psychologue jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25€ par année de calendrier.

e) Cardiologie :

Épreuve d'effort :

La CMCM participe au découvert des frais d'une épreuve d'effort dûment autorisée par l'assurance maladie jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 10€ par année de calendrier.

f) PROTEA :

La CMCM accorde une participation unique maximale de 2000 € par membre aux frais en relation avec le PROgramme Thérapeutique de l'Épuisement émotionnel en Ambulatoire (PROTEA) développé et proposé par le GesondheetsZentrum de la Fondation Hôpitaux Robert Schuman.

6. Lipoedème

La CMCM prend en charge les frais en relation avec une intervention chirurgicale du Lipoedème au Stade II à raison d'un montant maximal de 1000 € par année civile.

Les prestations de la garantie PRESTAPLUS ne sont pas cumulables avec celles servies à l'étranger, reprises au chapitre II ci-dessus.

III. DENTA & OPTIPLUS

A. Risque dentaire

L'intervention de la CMCM se limite aux actes et aux tarifs pour soins de médecine dentaire prévues dans la nomenclature officielle de la CNS.

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 75% 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 8.3) ci-dessus jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 1000€ par personne protégée sans dépasser les plafonds par acte ci-dessous :

Attelle ou gouttière	50€
Reconstitution d'un angle ou d'une dent	30€
Inlay, une face	50€
Inlay, plusieurs faces ou onlay	150€
Aurification	30€

Par dérogation au point III 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.
- pour traitement de pulpectomie jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 20€ par année de calendrier.

b) Traitement parodontal

Prise en charge des prestations de traitement parodontal jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 400€ par personne protégée.

Les prestations pour traitement parodontal cumulées avec les prestations pour soins dentaires ne peuvent dépasser le plafond annuel de 1000€ cité sub 1) a) ci-dessus.

2) Orthodontie

a) Prise en charge des prestations d'orthodontie reprises à l'article 8.2 a) ci-dessus jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 350€ par personne protégée.

b) La CMCM participe jusqu'à concurrence des plafonds par acte ci-dessous :

DT41	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil	400€
DT42	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période	400€
DT43	Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période	400€
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 21 ^e mois du traitement	400€
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 27 ^e mois du traitement	400€

c) Par dérogation à l'article 7 point 1, la CMCM accorde une participation unique de 350€ par personne protégée aux traitements d'orthodontie débutant après l'âge de 17 ans.

3) Prothèses dentaires et implants dentaires

a) Prothèses dentaires

Prise en charge des prestations pour prothèses dentaires reprises à l'article 9.1. et 2. ci-dessus (à l'exception des positions pour prothèses provisoires adjointes et conjointes) jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 2.500€ par personne protégée sans cependant dépasser un montant de 3.500€ par période de deux années de calendrier consécutives, sous réserve de l'application des plafonds par acte ci-dessous :

Prothèses dentaires conjointes:

Couronne, Dent à pivot,	
Elément de bridge, Couronne télescopique	400€
Inlay, Reconstitution sur inlay-pivot, Charnière	150€

Prothèses dentaires adjointes:

Base squelettique en métal	400€
Plaque base en résine, renforcée ou coulée	150€
Crochet, Attachement	100€

Autres prestations:

Plafond maximal par acte	80€
--------------------------	-----

En cas de refus de prise en charge par l'assurance maladie, le remboursement pour les positions ci-dessus est limité à 80% des plafonds par acte.

b) Implants dentaires

Par dérogation à l'alinéa 1^{er} du paragraphe A ci-dessus, la CMCM prend en charge les prestations pour implants dentaires à hauteur d'un forfait de 350€ par implant jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 1.400€ par personne protégée.

Les prestations pour implants dentaires cumulées avec les prestations pour prothèses dentaires ne peuvent dépasser les plafonds cités sub 3) a) paragraphe 1 ci-dessus.

Par dérogation à l'article 14 sub g) des statuts de la CMCM, les prestations sub A. sont également accordées en cas de refus de remboursement par l'assurance maladie.

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) Lunettes

- a. Verres correcteurs
Participation aux frais pour verres correcteurs jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 150€ par personne protégée.
- b. Montures
Participation aux frais pour montures jusqu'à concurrence de 30€ par année calendrier.

Uniquement les factures émanant d'un opticien agréé donnent droit à un remboursement de la part de la CMCM.

2) Lentilles

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

Uniquement les factures émanant d'un opticien agréé donnent droit à un remboursement de la part de la CMCM.

Par dérogation à l'article 14 sub g), les prestations sub B. sont également accordées en cas de refus de remboursement par l'assurance maladie.

3) Chirurgie réfractive

Participation au découvert des frais médicaux pour traitement de chirurgie réfractive à raison d'un montant maximal de 1000€ par œil.

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 cœur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions
- 1C52 Micro cathétérisme du cœur 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 cœur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée
- 1C62 Cathétérisme du cœur 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 cœur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions
- 1C66 Cathétérisme du cœur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, avec injection de produit contraste et angiocardiographie, aortographie comprise
- 1C67 Cathétérisme du cœur 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 angiocardiographie 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 Œsophagoscopie avec biopsie
- 1G40 Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie
- 1G42 Œsogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale
- 1G43 Œsogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers
- 1G44 Œsogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose
- 1G45 Œsogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs
- 1G46 Œsogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
- 1G51 Œsogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise
- 1G52 Œsogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif
- 1G55 Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique
- 1G57 CPRE (cholango-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie
- 1G58 CPRE (cholango-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)
- 1G59 CPRE (cholango-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 Colofibroscopie du côlon gauche avec biopsie

- 1G73 Colofibroscopie 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 Colofibroscopie totale avec biopsie
- 1G76 Colofibroscopie 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 Colofibroscopie du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
- 1G82 Colofibroscopie totale et traitement par laser de sténoses d'hémorragies

Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelle

- 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-pédieux
- 2L15 Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré
- 2L17 Répétition d'un plâtre pour fracture
- 2L18 Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia
- 2L19 Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur
- 2L21 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)
- 2L22 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse
- 2L23 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe
- 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

2L31	Traitement sanglant de fracture: clavicule, olécrane, métacarpe, doigt, péroné, une malléole, orteil	2G41	Autoplastie par rotation ou par glissement
2L32	Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2G42	Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains
2L33	Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2G43	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance
2L34	Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2G44	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains
2L41	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2G45	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte
2L42	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2G46	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte
2L43	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2G47	Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps
2L44	Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise	2G48	Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps
2L51	Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2G51	Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision
2L52	Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2G52	Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)
2L53	Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2G53	Implants de médicaments, de tissus
2L61	Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2G55	Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance
2L62	Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2G56	Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)
2L63	Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2G57	Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues
2L64	Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2G60	Biopsie musculaire
2L71	Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moins de 5 points) des parties molles	2G61	Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires
2L72	Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)	2G65	Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur
2L73	Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale	2G66	Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs
2L76	Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins	2G67	Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs
2L81	Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10 % au moins)	2G68	Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus
2L82	Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25 %)	2G71	Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT
		2G72	Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse
		2G73	Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise
		2G74	Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon
		2G75	Transplantation tendineuse simple
		2G76	Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples
		2G81	Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt
		2G82	Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts
		2G83	Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus
		2G84	Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt
		2G85	Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts
		2G86	Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus
		2G91	Ténotomie
		2G92	Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)
		2G93	Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)
		2G94	Exérèse d'une gaine synoviale
		2G95	Exérèse de deux gaines synoviales
		2G96	Exérèse de trois gaines synoviales ou plus
		2F11	Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique
		2F12	Extirpation d'une chaîne ganglionnaire
		2F13	Cellulo-adenectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale
		2F21	Ligature ou dénudation avec cathétérisme des vaisseaux principaux des membres, opération isolée
		2F22	Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée
		2F23	Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée
		2F24	Ligature de la veine cave
		2F25	Artériectomie des vaisseaux principaux des membres
		2F26	Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse
		2F27	Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen
		2F28	Suture vasculaire, opération isolée
		2F61	Extirpation d'un paquet de varices
		2F62	Extirpation complète des varices de la jambe et du pied
		2F63	Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène
		2F64	Réssection de la crosse de la saphène interne et de ses affluents
		2F66	Pose d'un filtre cave ou d'un clip
		2P11	Suture nerveuse primitive
		2P12	Suture nerveuse secondaire

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
2G03	Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiennes, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois
2G11	Excision d'une cicatrice vicieuse et suture
2G12	Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture
2G13	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z
2G14	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains
2G15	Excision d'une fistule des parties molles
2G21	Grefe dermo-épidermique de moins de 10 cm ²
2G22	Grefe dermo-épidermique de moins de 10 cm ² , visage ou mains
2G23	Grefe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ²
2G24	Grefe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ² , visage ou mains
2G25	Grefe dermo-épidermique de 50 à 200 cm ²
2G26	Grefe dermo-épidermique de plus de 200 cm ²
2G31	Greffes libres de peau totale
2G32	Grefe dermo-pileuse - APCM
2G33	Grefe muqueuse, acte isolé
2G34	Grefe cartilagineuse, acte isolé
2G36	Lipectomie abdominale antérieure - APCM
2G37	Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM
2G38	Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM

- 2P14 Greffe nerveuse
- 2P15 Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux
- 2P16 Libération d'un nerf comprimé après fracture
- 2P21 Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse
- 2P22 Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique
- 2P23 Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres
- 2P24 Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil
- 2P25 Dénervation du poignet ou de la cheville
- 2P26 Dénervation de l'épaule
- 2P31 Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne
- 2P33 Résection du nerf présacré
- 2P34 Sympathectomie périartérielle

Section 3 - Chirurgie des os et des articulations

- 2K11 Ablation d'exostoses ou de chondrome
- 2K12 Prise d'un greffon osseux - CAT
- 2K13 Biopsie osseuse
- 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
- 2K34 Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse
- 2K35 Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage
- 2K36 Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus
- 2K41 Arthrotomie de drainage des doigts et orteils
- 2K42 Arthrotomie de drainage de toute autre articulation
- 2K44 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris
- 2K45 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux
- 2K46 Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synovectomie du genou, appareil de fixation compris
- 2K47 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire
- 2K51 Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante
- 2K52 Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante
- 2K53 Ligamentoplastie d'une articulation de la main
- 2K54 Ligamentoplastie de deux articulations de la main
- 2K55 Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main
- 2K61 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils
- 2K62 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse
- 2K63 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou
- 2K64 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche
- 2K71 Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil
- 2K72 Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet
- 2K73 Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale

Section 4 - Chirurgie des membres

- 2E11 Aponévrotomie palmaire
- 2E12 Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire
- 2E13 Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts
- 2E14 Extirpation totale de l'aponévrose palmaire
- 2E15 Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts
- 2E21 Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise
- 2E22 Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise
- 2E25 Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie
- 2E28 Ablation de l'hygroma du coude
- 2E31 Amputation partielle ou totale d'un doigt
- 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)
- 2E41 Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse
- 2E43 Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts
- 2E44 Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)
- 2E45 Enucléation d'un os du carpe
- 2E46 Pollicisation d'un doigt
- 2E47 Phalangisation d'un métacarpien
- 2E48 Restauration de l'opposition du pouce
- 2E49 Prothèse totale du coude
- 2E51 Suture du tendon d'Achille, du tendon rotulien ou de la longue portion du biceps (immobilisation comprise)
- 2E52 Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation
- 2E53 Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil
- 2E54 Traitement chirurgical d'un hallux valgus
- 2E61 Amputation partielle ou totale d'un orteil
- 2E65 Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils
- 2E71 Astralgectomie
- 2E72 Patellectomie
- 2E73 Ablation d'un hygroma prérotulien
- 2E74 Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC
- 2E75 Extirpation d'un névrome de Morton
- 2E81 Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise
- 2E82 Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise
- 2E83 Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches
- 2E84 Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches
- 2E85 Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise
- 2E90 Prothèse totale de la hanche
- 2E91 Prothèse totale du genou
- 2E92 Prothèse totale de la cheville
- 2E93 Prothèse totale de l'épaule
- 2E94 Redressement non sanglant d'un pied bot
- 2E95 Redressement sanglant d'un pied bot
- 2E96 Changement de prothèse totale de la hanche
- 2E97 Changement de prothèse totale du genou

Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou

2H11	Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée
2H12	Torticolis traité par allongement à ciel
2H13	Scalénotomie
2H21	Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou
2S11	Incision et drainage d'un abcès du sein
2S21	Biopsie du sein
2S22	Ponction-biopsie du sein - CAC
2S31	Ablation d'une tumeur bénigne du sein
2S61	Plastie d'un sein pour hypertrophie - APCM
2S62	Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein
2S71	Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire
2S72	Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire
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 et 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
2V82	Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure
2V83	Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure
2V84	Ostéosynthèse lombaire par voie antérieure ou postérieure
2V91	Laminectomie dorsale ou lombaire simple, par niveau
2V93	Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire
2V95	Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention
2V97	Réséction du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne

CHAPITRE 3 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Section 1 - Oreilles

3R23	Paracentèse du tympan ou injection transtympanique
3R24	Drainage transtympanique
3R25	Extraction d'un polype de l'oreille moyenne
3R30	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage en cas de mutilation post-traumatique
3R31	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage; chirurgie de l'oreille décollée
3R41	Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif
3R42	Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif
3R43	Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme
3R44	Réséction large d'une tumeur maligne de l'oreille externe
3R61	Mastoidectomie simple

Section 2 - Nez et Sinus

3N13	Rhinoscopie avec optique, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC
3N14	Sinuscopie avec optique et biopsie
3N21	Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise
3N23	Incision d'un hématome ou d'un abcès intranasal - CAC
3N26	Ablation de polypes nasaux, la première séance
3N27	Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de 6 mois
3N35	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trjumeau à la sortie du crâne, première séance
3N36	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trjumeau à la sortie du crâne, séance suivante
3N41	Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise
3N42	Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances
3N43	Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe
3N44	Réséction d'un éperon ou d'une crête de cloison
3N45	Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe
3N46	Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps
3N47	Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps
3N48	Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM
3N51	Réséction sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale
3N52	Chirurgie de la rhinite atrophique

- 3N53 Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances
- 3N54 Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse
- 3N55 Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)
- 3N61 Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck
- 3N62 Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté
- 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-fibroscopie 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 locale 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 œsophagotomie
- 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'œil, 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, trabéculéctomie, 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 - Orbite

- 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
- 5U28 Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie
- 5U32 Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss
- 5U33 Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers
- 5U34 Urétrocystoscopie avec lithotritie
- 5U35 Mise en place sous contrôle échographique d'un applicateur au niveau uro-génital pour curiethérapie
- 5U41 Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance
- 5U42 Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois
- 5U43 Urétrotomie interne endoscopique
- 5U44 Plastie endoscopique au téflon
- 5U51 Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise
- 5U52 Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'urètre ou le pyélon
- 5U61 Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal
- 5U62 Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde
- 5U63 Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance
- 5U64 Néphroscopie percutanée, séance ultérieure
- 5U65 Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde
- 5R11 Traitement opératoire de l'événement lombaire
- 5R12 Lobotomie exploratrice
- 5R13 Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique
- 5R21 Néphropexie
- 5R22 Lobotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein
- 5R31 Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde
- 5R33 Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)
- 5R61 Urétérotomie lombaire, urétérolyse
- 5R62 Urétérotomie pelvienne
- 5R65 Urétérectomie secondaire totale
- 5R71 Urétérostomie cutanée
- 5R74 Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place
- 5R83 Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral
- 5R87 Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'urètre; pour toutes les positions de la sous-section 3, à l'exception des positions 5R11, 5R31 et 5R32 - CAT

- 5R93 Prélèvement d'un rein chez un donneur décédé en vue d'une transplantation
- 5V13 Cystotomie avec ou sans extraction de calculs
- 5V14 Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée
- 5V15 Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur
- 5V16 Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical
- 5V51 Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie
- 5V53 Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale
- 5V61 Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate
- 5V71 Méatotomie
- 5V73 Urétrotomie interne non endoscopique
- 5V74 Urétrotomie externe, urétrostomie
- 5V75 Urétrotomie 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 manœuvres 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 throphoblaste
- 6A89 Pose de cathéter fœtal 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 Microhystérocopie exploratrice avec ou sans biopsie
- 6G34 Microhystérocopie avec traitement préalable de la muqueuse
- 6G35 Microhystérocopie 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 2^e 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 (Dolérís, 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

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
- 8T72 Mise en place d'un applicateur utéro-vaginal pour curiethérapie
- 8T73 Mise en place percutanée de gaines vectrices pour curiethérapie interstitielle

Section 5 - Radiologie interventionnelle

- 8P11 Angioplastie pour sténose d'un vaisseau du cou
- 8P12 Angioplastie pour sténose d'une artère du membre supérieur
- 8P13 Angioplastie pour sténose de l'aorte
- 8P14 Angioplastie pour sténose d'une artère viscérale
- 8P15 Angioplastie pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
- 8P16 Angioplastie pour sténose d'une artère infrapoplitée
- 8P17 Angioplastie pour sténose d'un vaisseau cérébral
- 8P21 Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale
- 8P22 Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère du membre supérieur
- 8P23 Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'aorte
- 8P24 Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère viscérale
- 8P25 Angioplastie et endoprothèse bifurquée pour sténose du carrefour aorto-iliaque
- 8P26 Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
- 8P27 Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère infrapoplitée
- 8P29 Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une veine profonde
- 8P31 Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale
- 8P32 Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur
- 8P33 Recanalisation pour obstruction de l'aorte
- 8P34 Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale
- 8P35 Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
- 8P36 Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée
- 8P39 Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde
- 8P41 Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale

- 8P42 Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur
- 8P43 Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte
- 8P44 Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme aortique sous-rénal
- 8P45 Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale
- 8P46 Traitement endoluminal pour anévrisme de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
- 8P47 Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère infrapoplitée
- 8P48 Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau cérébral
- 8P51 Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du cou
- 8P52 Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du membre supérieur
- 8P53 Thromboaspiration au niveau de l'aorte
- 8P54 Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère viscérale
- 8P55 Thromboaspiration ou thrombolyse de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée
- 8P56 Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère infrapoplitée
- 8P58 Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau cérébral
- 8P59 Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine profonde
- 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
- 8P68 Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire
- 8P69 Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale
- 8P71 Embolisation d'un vaisseau pour tumeur
- 8P72 Extraction d'un corps étranger intravasculaire
- 8P73 Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise
- 8P74 Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave
- 8P81 Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique
- 8P82 Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique
- 8P83 Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique
- 8P84 Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée
- 8P87 Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique, un ou deux pédicules
- 8P91 Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques
- 8P95 Microbiopsie sur un sein sous imagerie stéréotaxique digitale sur patiente en procubitus sur table spéciale (prone table), toute imagerie locale comprise
- 8P98 Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT
- 9S43 Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine
- 9S44 Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine
- 9S51 Biopsie buccale
- 9S52 Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse
- 9S53 Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue
- 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

CHAPITRE 9 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - STOMATOLOGIE - CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - MÉDECINE DENTAIRE

Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires

- 9S11 Chirurgie de la fente labiale, opération uni- ou bilatérale
- 9S12 Chirurgie de la fente labio-maxillaire
- 9S13 Chirurgie de la division vélo-palatine
- 9S14 Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps
- 9S15 Plastie pour perforation sinusobuccale
- 9S16 Plastie pour communication buccoanasale
- 9S21 Réfection partielle d'une lèvre
- 9S22 Réfection totale d'une lèvre
- 9S31 Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue
- 9S32 Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par héli-maxillaire ou de canine à canine
- 9S33 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue
- 9S34 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale
- 9S35 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure
- 9S36 Traitement opératoire de la double lèvre
- 9S41 Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse

- 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 - SPÉCIALITÉS NON CHIRURGICALES

Section 3 - Cardiologie

- 1C46 Cardioversion, Electrochoc, mise en compte une fois par 24 heures
- 1C81 Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation
- 1C83 Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation et implantation du boîtier

CHAPITRE 2 - CHIRURGIE

Section 2 - Chirurgie générale

- 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
- 2F36 Thrombo-endarterectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales
- 2F37 Thrombo-endarterectomie des artères des membres
- 2F41 Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales
- 2F42 Embolectomie des artères des membres
- 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 Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique

Section 3 - Chirurgie des os et des articulations

- 2K33 Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation
- 2K65 Triple ostéotomie du bassin

Section 4 - Chirurgie des membres

- 2E42 Désarticulation interscapulo-thoracique
- 2E62 Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse
- 2E63 Désarticulation de la hanche
- 2E64 Désarticulation interilio-abdominale

Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou

- 2H29 Lobo-isthmectomie
- 2H30 Thyroïdectomie subtotale bilatérale
- 2H32 Thyroïdectomie totale bilatérale
- 2H33 Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie
- 2H41 Parathyroïdectomie
- 2H42 Parathyroïdectomie ectopique
- 2H43 Thymectomie
- 2S32 Excision locale d'une tumeur maligne du sein
- 2S41 Mastectomie pour lésion bénigne
- 2S42 Mastectomie pour lésion maligne
- 2S43 Mastectomie pour gynécomastie de l'homme
- 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 œsophagoplastie
 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
 2T74 Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique
 2T81 Lobectomie ou résection segmentaire
 2T82 Pneumonectomie
 2C11 Péricardectomie
 2C21 Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)
 2C31 Chirurgie des plaies du cœur et des gros vaisseaux du médiastin
 2C41 Mise en place de la circulation extra-corporelle (assistance opératoire non applicable) - CAT
 2C51 Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire
 2C52 Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires
 2C53 Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires
 2C61 Chirurgie portant sur un orifice cardiaque
 2C62 Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque

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

2A24 Cure de hernie avec résection d'intestin
 2A31 Cure d'une grande éventration avec ou sans mise en place d'une prothèse
 2A53 Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose
 2A54 Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec résection d'organe
 2A55 Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec anastomose
 2A61 Cure de hernie hiatale ou éventration diaphragmatique
 2A62 Gastroplastie pour obésité pathologique - APCM
 2D11 Œsophagoplastie pour achalasie
 2D22 Cure de fistule ou de stomie de l'estomac ou du grêle
 2D25 Vagotomie sélective, acte isolé
 2D31 Gastro-entérostomie
 2D32 Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire
 2D33 Pyloroplastie
 2D34 Pyloroplastie et vagotomie tronculaire
 2D35 Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson
 2D41 Gastrectomie partielle
 2D42 Dégastro-entérostomie et gastrectomie
 2D43 Gastrectomie totale
 2D44 Gastrectomie totale pour cancer
 2D51 Résection segmentaire du grêle, anastomose entre deux (segments de) viscères digestifs
 2D52 Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, mésentère commun)
 2D62 Colostomie, caecostomie, iléostomie pour cancer
 2D63 Cure de fistule ou stomie du côlon sans laparotomie
 2D81 Colectomie segmentaire avec anastomose
 2D82 Colectomie segmentaire avec abouchement à la peau
 2D83 Hémicolectomie
 2D84 Colectomie totale
 2B21 Cholécystectomie (manométrie éventuelle comprise), non cumulable avec une intervention sur les voies biliaires
 2B31 Cholécotomie ou hépaticotomie

2B32 Cholécotomie avec papillotomie
 2B33 Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de la continuité
 2B41 Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale
 2B42 Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle
 2B43 Anastomose bilio-digestive sur canal biliaire hilaire ou intrahépatique
 2B44 Résection des voies biliaires pour cancer
 2B45 Cure de fistule biliaire
 2B51 Intervention pour kyste, abcès ou fistule du foie ou de la rate
 2B52 Résection segmentaire ou lobaire du foie et résection d'une tumeur localisée
 2B61 Pancréatectomie partielle, excision d'une tumeur localisée
 2B62 Duodéno-pancréatectomie
 2B63 Duodéno-pancréatectomie pour cancer
 2B64 Marsupialisation d'un kyste du pancréas
 2B91 Splénectomie
 2B92 Surrénalectomie sans intervention sur le rein avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, acte isolé
 2R13 Imperforation anale traitée par voie haute ou combinée
 2R71 Résection du rectum
 2R72 Amputation du rectum et colostomie
 2R73 Rétablissement secondaire de la continuité intestinale après résection recto-colique

Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis

2N11 Trépanation pour traumatisme récent avec ouverture de la dure-mère
 2N12 Extraction d'un corps étranger intra-cérébral
 2N13 Traitement d'une plaie crânio-cérébrale avec embarrure
 2N14 Intervention réparatrice pour perte de substance crânienne (prothèse exogène ou autoplastie)
 2N15 Plastie pour brèche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien
 2N21 Trépanation exploratrice, quel que soit le nombre des trous de trépan
 2N22 Trépanation exploratrice avec intervention palliative sur lésion chronique ou inopérable
 2N23 Intervention secondaire pour complications locales
 2N24 Chirurgie de la crânio-sténose
 2N31 Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques
 2N32 Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari
 2N33 Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne
 2N34 Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux
 2N35 Trépanation et ablation d'un méningiome
 2N36 Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome
 2N37 Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural
 2N41 Anastomose vasculaire extra-intracrânienne
 2N42 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct
 2N43 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal
 2N44 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides
 2N45 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure
 2N46 Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien
 2N51 Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène
 2N52 Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie
 2N53 Dérivation kysto- péritonéale ou sous-duro- péritonéale
 2N54 Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie
 2N55 Mise en place d'un capteur de pression intracrânienne
 2N56 Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir
 2N57 Drainage lombaire temporaire pour hypertension intracrânienne
 2N58 Topectomie, lobotomie, tractotomie
 2N61 Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique
 2N62 Réintervention stéréotaxique homolatérale

- 2N63 Section isolée de la tente du cervelet
- 2N64 Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse
- 2N65 Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne
- 2N66 Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne
- 2N71 Trépanoponction ventriculaire
- 2N72 Ponction latéofontanelle
- 2N73 Trépanation décompressive (grand volet)
- 2N81 Neurotomie intracrânienne
- 2N82 Neurectomie vestibulaire
- 2N83 Gangliolyse (Taarnhoj)
- 2N84 Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique
- 2N85 Thermocoagulation du trijumeau
- 2N86 Transposition d'un tronc nerveux
- 2N87 Exploration du plexus brachial
- 2V12 Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle
- 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 - OPHTHALMOLOGIE

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 - Orbita

- 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 bassin 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 bassin et 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
- 5A25 Implantation de grains radioactifs sous échographie pour traitement du cancer de la prostate par curiethérapie
- 5A31 Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre 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, dermo-graisseuse 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	90 jours
Accident ischémique transitoire	30 jours
Affections lympho- et hématopoïétiques aiguës	30 jours
Chimiothérapie anti-cancéreuse par voie parentérale ou traitement immunomodulateur anti-cancéreux (par année de calendrier)	90 jours
Radiothérapie (par année de calendrier)	90 jours
Coma diabétique hyperglycémique	10 jours
Gangrène gazeuse (Gasbrand)	30 jours
Hépatite virale	30 jours
Infarctus du myocarde	90 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
Sarcoïdose	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 AVEC L'ÉTRANGER

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 1^{er} 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 5^{ème}, ci-après dénommée F.M.P., représentée par son Président, Monsieur Daniel MANACH, dûment mandaté, d'autre part, ce qui suit:

Art. 1^{er}

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 1^{er} 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 1^{er} 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. 1^{er}

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 Knappschaft Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken und der Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg (im Folgenden CMCM), unterschrieben am 11. März 2016, mit Inkrafttreten am 1. April 2016.

Artikel 1

Vorbehaltlich der Zustimmung des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers in Luxemburg können Mitglieder der CMCM in der Bundesrepublik Deutschland die Vertragskrankenhäuser nach § 108 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in Anspruch nehmen. Hierzu gehören insbesondere folgende Universitätskliniken:

Homburg/Saar:	Universitätsklinikum der Universität des Saarlandes, Kirrberger Str., D-66421 Homburg
Mainz:	Universitätsklinikum der Johannes Gutenberg-Universität, Langenbeckstr. 1, D-55131 Mainz,
Düsseldorf:	Universitätsklinikum der Heinrich-Heine Universität, Moonenstr. 5, D-40225 Düsseldorf
Bonn:	Medizinische Einrichtungen der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität, Sigmund-Freud-Str. 25, D-53127 Bonn
Essen:	Universitätsklinikum der Universität Duisburg-Essen, Hufelandstr. 55, D-45147 Essen
Köln:	Universitätsklinikum der Universität zu Köln, Kerpener Str. 62, D-50937 Köln
Heidelberg:	Universitätsklinikum der Ruprecht-Karls-Universität (einschließlich Universitätsklinikum Mannheim), Im Neuenheimer Feld 672, D-69120 Heidelberg
Freiburg:	Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Hugstetter Str. 55, D-79106 Freiburg im Breisgau
Frankfurt/Main:	Universitätsklinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main
Aachen:	Universitätsklinikum Aachen der RWTH, Pauwelsstraße 30, D-52074 Aachen

Vertragskrankenhäuser

- Knappschaftsklinikum Saar GmbH:
Krankenhaus Püttlingen,
In der Humes 35,
D-66346 Püttlingen
Krankenhaus Sulzbach,
An der Klinik 10,
D-66280 Sulzbach
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder,
Nordallee 1,
D-54290 Trier
- Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen,
Feldstr. 16,
D-54290 Trier

Die Kosten der medizinisch notwendigen Sachleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V bzw. § 116 b SGBV für die ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung werden von der, durch den Versicherten frei wählbaren, aushelfenden deutschen Krankenkasse übernommen. Die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGBV.

Artikel 2

Vereinbaren Mitglieder der CMCM anlässlich der unter Artikel 1 erwähnten Krankenhauspflege mit der jeweiligen Klinikverwaltung Wahlleistungen – Zweibettzimmer und/oder privatärztliche Behandlung –, haben sie ihr einen Kostenverpflichtungsschein der CMCM zusammen mit dem vom luxemburgischen Krankenversicherungsträger erstellten Anspruchsvordruck E 112 bzw. S 2 auszuhandigen. Mit einer Durchschrift des Kostenverpflichtungsscheins beauftragt die CMCM die Knappschaft, die Kosten für die Wahlleistungen mit der jeweiligen Klinikverwaltung und dem Krankenhausarzt unmittelbar abzurechnen.

Artikel 3

Die Knappschaft verpflichtet sich auf Grund des erteilten Auftrages, die Aufwendungen für Wahlleistungen einer stationären Krankenhausbehandlung für den unter Artikel 2 genannte Umfang unmittelbar mit der Klinikverwaltung und dem jeweils behandelnden Arzt zu regulieren.

Ferner verpflichtet sich die Knappschaft aufgrund des Ihr erteilten Auftrages die Aufwendungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus einschließlich der unter Artikel 2 genannten Wahlleistung – privatärztliche Behandlung – unmittelbar mit der Klinikverwaltung und dem jeweils behandelnden Arzt zu regulieren. Darüber hinaus teilt die Knappschaft der CMCM die Erstattungsbeträge für vom Krankenhausarzt ambulant erbrachten Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnungspositionen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM) mit, die für einen aushelfenden Träger nach EG-Recht zu berücksichtigen sind. Die Erstattung der Aufwendungen der vorgenannten Wahlleistungen an den Versicherten aufgrund einer Behandlung ohne vorherige Genehmigung ist nicht Gegenstand dieses Abkommens.

Artikel 4

Die CMCM verpflichtet sich, innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Eingang der Unterlagen bei der CMCM alle der Knappschaft entstandenen und nachgewiesenen Kosten zu erstatten und zahlt ferner einen Verwaltungskostensatz in Höhe von 8% der im Einzelfall entstandenen Gesamtaufwendungen.

Artikel 5

Dieses Abkommen tritt am 01.04.2016 in Kraft. Es kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres 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 Lyautéy 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. 1^{er}

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, Luxembourg (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 Inkrafttreten 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. 1^{er}

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 (S2/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 (S2/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 1^{er} 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^{er}

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. 1^{er}

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 (S2/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 (S2/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

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 1^{er} 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 INTER MUTUELLE ASSISTANCE (ci-après dénommée 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.

4.3 Pour les garanties « Annulation de voyage »

Dans tous les pays du monde à l'exclusion des pays en état de guerre ou de conflit armé suivant les avis aux voyageurs émis par le Ministère Luxembourgeois des Affaires Etrangères et Européennes.

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 100.000 €.

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 Prise en charge des premiers secours

Sont pris en charge les frais relatifs à la prise en charge des premiers secours engagés lors d'un déplacement à l'étranger, en ce compris sur le domaine skiable.

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€.

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

ARTICLE 7 - ASSISTANCE ANNULATION VOYAGE

Si un bénéficiaire est dans l'obligation d'annuler son voyage pour une raison médicale majeure telle que reprise dans l'article « Évènements Couverts », CMCM-Assistance - Annulation Voyage est à sa disposition pour intervenir dans le remboursement des frais engagés selon les règles et limitations définies ci-dessous.

7.1 Évènements couverts

- Impossibilité de voyager d'un bénéficiaire suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation non planifiée de minimum 1 nuit d'un bénéficiaire (empêchant celui-ci de voyager)
- Décès d'un bénéficiaire

Pour la bonne compréhension des événements couverts, la maladie et l'accident sont ainsi définis:

- Maladie:
Chaque atteinte à l'état de santé non provoquée par un accident et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
- Accident:
Chaque atteinte à l'état de santé provoquée par un événement soudain, situé en dehors de l'organisme, survenant indépendamment de la volonté de la personne assurée et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement, permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.

7.2 Montants couverts et franchises

Le remboursement effectué par CMCM-Assistance ne peut jamais dépasser les frais réellement engagés relatifs au moyen de transport collectif (avion, train ou bateau) et aux frais de séjour (location, hôtel), déduction faite d'une franchise de 50€ par voyage.

D'autre part, le montant maximum remboursé est fixé à 750€ par bénéficiaire par voyage, sans pouvoir dépasser un total annuel de 1500€ par bénéficiaire.

Il est entendu que les vols/trajets aller et retour, avec escales éventuelles forment un seul voyage.

Les autres frais liés au voyage, tel que les frais de restauration, ou autres ne peuvent faire l'objet de remboursement par CMCM-Assistance.

7.3 Justificatifs

Pour accorder le remboursement des frais tel que prévu ci-dessus, CMCM-Assistance pourra demander les justificatifs suivants :

- Un certificat médical attestant l'impossibilité de voyager. CMCM-Assistance se réserve le droit de solliciter l'intervention d'un médecin désigné par elle et à ses frais à des fins de contrôle
- Un bulletin d'hospitalisation
- Un certificat de décès
- Tout autre document justifiant l'impossibilité de voyager pour raison médicale
- Les factures originales des frais engagés.

7.4 Limitations de l'assistance annulation de voyage

Les garanties de CMCM-Assistance interviennent en complément des interventions d'autres organismes tels que l'organisateur de voyage, les compagnies aériennes, etc. CMCM-Assistance pourra demander les justificatifs des démarches entreprises auprès de ces organismes avant d'accepter d'intervenir.

Exclusions

CMCM-Assistance ne prendra pas en charge les frais mentionnés ci-dessus si:

- les incidents sont apparus avant la souscription du contrat
- les incidents sont suite à un acte volontaire, négligence ou une cause externe différente autre que celles décrites sous « Évènements couverts ».

ARTICLE 8 - AUTRES ASSISTANCES

8.1 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.

8.2 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 9 - 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 10 - RISQUES EXCLUS

10.1 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.

10.2 Sports pratiqués en compétition

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

10.3 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 11 - SUBROGATION

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

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

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



CMCM

VOTRE MUTUELLE SANTÉ
DEPUIS 1956

Adresse Postale
L-2971 Luxembourg

Bureaux Luxembourg-Gare
49, rue de Strasbourg

Tél. 49 94 45-1
Fax 48 25 81

Mail prestations@cmcm.lu
www.cmcm.lu

Plus d'informations sur www.cmcm.lu

Do, wann Dir eis braucht.