SOMMAIRE

LES STATUTS DE LA CMCM 4

Chapitre Ier: Dénomination, Siège et Objet 4
Chapitre II : Conditions d'admission, de démission et d'exclusion 4
Chapitre III : Organisation financière 6
Chapitre IV : Cotisations 6
Chapitre V : Les Prestations de la CMCM 7
- Sous-Chapitre I : Dispositions communes à toutes les couvertures 7
- Sous-Chapitre II : REGIME COMMUN 8
- Sous-Chapitre III : PRESTAPLUS 8
- Sous-Chapitre IV : DENTA & OPTIPLUS 9

Chapitre VI : Administration 9
Chapitre VII : Contestations 11
Chapitre VIII : Modifications des statuts 12
Chapitre IX : Dissolution et liquidation 12

ANNEXE A : BARÈME DES COTISATIONS 14

I. RÉGIME COMMUN 14
II. PRESTAPLUS 15
III. DENTA & OPTIPLUS 15
IV. AFFILIATION PAR L'EMPLOYEUR 16
V. DISPOSITIONS TRANSITOIRES 16

ANNEXE B : BARÈME DES PRESTATIONS 18

I. RÉGIME COMMUN 18
- Chapitre I : Les prestations servies au Grand-Duché de Luxembourg 18
- Chapitre II : Les prestations servies à l'étranger 23

II. PRESTAPLUS 26
III. DENTA & OPTIPLUS 26

ANNEXE I 28

A) Interventions chirurgicales légères et moyennes 28
B) Interventions chirurgicales graves 38
C) Traitements médicaux graves 42

ANNEXE II : CONVENTIONS AVEC L'ÉTRANGER 44

ANNEXE III : CONVENTION CMCM-ASSISTANCE 52

Le texte coordonné des statuts de la CMCM a été publié au recueil administratif et économique B n° 143 du 30 décembre 2015.
Les modifications ultérieures des statuts ont été publiées au même recueil B au numéro 402 du 10 février 2017.

STATUTS

CHAPITRE IER : DÉNOMINATION, SIÈGE ET OBJET

Art. 1er - Dénomination et siège

Il est institué au sein de la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise une société de secours mutuels qui prend 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 1er janvier 1976.

La CMCM a son siège à Luxembourg.

Art. 2 - Objet

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

CHAPITRE II : CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION ET D'EXCLUSION

Art. 3 - Admission

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

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

   par « régions limitrophes », il faut comprendre :
   - pour l'Allemagne : les « Länder » de Sarre et de Rhénanie-Palatinat
   - pour la Belgique : les provinces de Liège et de Luxembourg
   - pour la France : les départements de Moselle et de Meurthe et Moselle

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

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 raccordés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er 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 affilie 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 9 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.

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 survenance du décès.

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 Ia, Ib et Ic 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 9 mois :

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

   Il en est de même des affiliés, assurés 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 1er 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 1er 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.

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

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

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

2. Les membres susnommés ont droit au remboursement de leurs frais de déplacement. Des jetons de présence et des vacations peuvent être votés par le conseil d'administration.

3. Les membres du conseil d'administration peuvent se faire assister dans l'accomplissement de leurs fonctions par un ou plusieurs salariés.

4. Les salariés sont soumis aux dispositions légales et réglementaires régissant cette matière.

5. La qualité de salarié de la CMCM est incompatible avec la fonction de membre du conseil d'administration et avec celle des délégués visés sub 1 du présent article.

6. Le conseil d'administration de la CMCM constitue, pour l'épauler dans ses travaux, un bureau exécutif ainsi qu'une ou plusieurs commissions dont les membres sont administrateurs de la CMCM. Le conseil d'administration doit nommer les membres de ce bureau exécutif et de cette (ces) commission(s) 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 tant pour le régime commun que pour le régime particulier, tels que déterminés par les présents statuts.

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

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

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

2. Les délégués d'une même société peuvent se faire représenter mutuellement moyennant une procuration établie en due forme. Chaque délégué ne peut être porteur que d'une seule procuration.

3. L'assemblée générale ordinaire, dûment convoquée 20 jours à l'avance par le conseil d'administration, peut valablement décider quel que soit le nombre des délégués présents ou représentés.

Art. 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 conformément au paragraphe 1er 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.

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 1er 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	27,50 €*
De 40 à 59 ans	33,00 €
De 60 à 69 ans	38,50 €
A partir de 70 ans	48,00 €

* 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, l'affilié doit faire parvenir chaque année à la CMCM 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.

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 raccordés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

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

II. PRESTAPLUS

L'applicabilité des cotisations majorées est déterminée sur base de l'âge de l'affilié au 1er 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, l'affilié doit faire parvenir chaque année à la CMCM 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.

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 raccordés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 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 1er 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, l'affilié doit faire parvenir chaque année à la CMCM 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.

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 raccordés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er septembre de l'année précédente.

L'échéance et le règlement de la cotisation sont fixés d'après les dispositions de l'article 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 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	30,25 €
PRESTAPLUS	15,45 €
DENTA & OPTIPLUS	32,25 €

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 raccordés à la base 1er janvier 1948, en vigueur au 1er 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 %
Au-dessus de 500 salariés	20 %

La remise s'applique par couverture souscrite par l'employeur. Elle n'est pas cumulable avec les remises indiquées aux points I, II et III du présent barème.

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-indice 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-indice 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 2e 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 1ère classe avec salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2e 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, 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.

* Erreur matérielle : "erronément numéroté VI dans la version publiée au Mémorial B"

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 2e classe.

3. La CMCM rembourse le découvert des honoraires médicaux et médico-dentaires applicables aux hospitalisés en 1ère 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 2e 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 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 avec un délai de renouvellement de 3 ans.

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

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.

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 6 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 une intervention chirurgicale ou un 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 180 jours suivant le traitement médico-chirurgical proprement dit.

d) Chirurgie réfractive

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

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 100 €

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

Analyses médicales :
La CMCM rembourse le montant maximum ci-après :

- 100 € pour la détection prénatale d'aneuploïdie 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 ».

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

Art. 7

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

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 positions suivantes :

a) Soins gingivaux et dentaires

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

b) Extractions dentaires

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

c) Extractions chirurgicales

DS88 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée
DS89 Extraction chirurgicale d'une canine incluse
DS90 Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie

DS91 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires
DS92 Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse
DS93 Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)
DS94 Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus
DS95 Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire
DS96 Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie

d) Orthodontie

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

Par dérogation à ce qui précède et en cas d'autorisation par l'assurance maladie, un remboursement du découvert jusqu'à concurrence de 20 % du tarif officiel peut être accordé sur les positions DT41, DT42, DT43, DT44 et DT45, sous réserve de l'application de l'article 11 sub 3 des statuts.

2) 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 €

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

a) Chirurgie parodontale :
75 € par demi-arcade et par période de 5 ans

b) Implants dentaires :
120 € par implant dentaire

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	38 €
DA12	Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée	38 €
DA13	Prothèse à squelette (à l'exception d'une seule dent et avec au minimum deux moyens d'attache)	140 €
DA21	Empreinte par porte empreinte individuel	10 €
DA22	Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	18 €
DA23	Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic	18 €
DA31	Dent prothétique	10 €
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 téléscopique 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	Elément 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 frais pour les matériaux 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)
DB48 Elément de bridge barre (spring bridge)
DB49 Elément de bridge en métal massif
DB50 Elément de bridge en résine
DB51 Elément de bridge à facette ou dent à tube

3. Prestations réservées à l'assurance 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 téléscopique 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

1. Pour des traitements médicaux ou médico-dentaires à l'étranger autorisés préalablement, la CMCM fournit les prestations suivantes :

   a) En cas d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical grave, tels que énumérés à l'annexe I du Barème des Prestations de la CMCM, avec ou sans hospitalisation, les prestations sont versées conformément aux articles 11 à 14 ci-après.
   b) En cas de traitements médico-dentaires, les prestations sont versées conformément aux articles 7 à 9 ci-avant.
   c) 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.
   d) En cas d'hospitalisation pour un traitement médical, les prestations sont fournies conformément à l'article 14 a) sub 3) ci-après.
   e) En cas de traitement par fécondation in vitro, les prestations sont fournies selon l'article 14 h) ci-après.

2. Pour un traitement urgent lors d'un séjour temporaire à l'étranger, la CMCM fournit les prestations ci-après, devenues immédiatement nécessaires en cas de maladie ou d'accident :

   a) En cas d'assistance et en cas d'hospitalisation, les prestations sont versées conformément au contrat d'assistance repris à l'Annexe III du présent Barème des Prestations de la CMCM.
   b) En cas d'intervention chirurgicale ambulatoire, les prestations sont versées conformément à l'article 14 des présents statuts.
   c) En cas de traitement ambulatoire sans intervention chirurgicale, la CMCM prend en charge le découvert pour frais médicaux et connexes ainsi que pour frais médico-dentaires, après participation de l'assurance maladie, jusqu'à un montant maximal de 1.250 € par année civile.
   d) 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.

3. La CMCM règle les frais :
   a) soit en prenant en charge les dépenses par la voie du tiers payant. (Règlement par la voie du tiers payant);
   b) soit en remboursant intégralement ou partiellement les dépenses avancées par l'affilié. (Règlement par remboursement).

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

5. Les prestations relevant du présent 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 12* 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.

* Erreur matérielle: "erronément qualifié d'article 18 dans la version publiée au Mémorial B

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, avec un délai de renouvellement de 3 ans. Le remboursement de la CMCM s'élève à 40 % d'un prix limite de 250 €.

b) Frais d'accompagnement

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

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

c) Cures

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

d) Frais de voyage et de transports médicalisés

En cas de traitement médico-chirurgical visé à l'article 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-indice 100 par journée d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de la durée d'hospitalisation accordée par l'assurance maladie.

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

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

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

b) Honoraires médicaux

En cas d'intervention chirurgicale ou de traitement médical grave, la CMCM rembourse les frais médicaux jusqu'à concurrence d'un montant équivalant au double des tarifs médicaux, applicables au Grand-Duché de Luxembourg pour une hospitalisation en 2e 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 100 € au nombre-indice 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 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 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 une intervention chirurgicale ou un traitement médical grave sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un forfait journalier maximal de 11 € au nombre-indice 100 pour la durée du séjour accordée par l'assurance maladie pendant les délais pré- et postopératoires prévus par les statuts.

h) Traitement par fécondation in vitro

La CMCM participe au découvert des frais médicaux et connexes en relation avec le traitement par fécondation in vitro jusqu'à concurrence d'un forfait de 450 € par séance, quelle que soit la technique employée
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 1ère classe avec salle de bains et le remboursement de l'assurance maladie en 2ème 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 1ère classe et le remboursement de l'assurance maladie en 2ème classe.

Par dérogation à ce qui précède, la CMCM prend en charge, en l'absence d'intervention chirurgicale, les frais de séjour et les honoraires médicaux tels que définis aux points 1 et 2 ci-dessus, jusqu'à concurrence d'un maximum de 20 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 1ère classe, bénéficient en cas d'intervention chirurgicale d'une participation de 10 € par journée d'hospitalisation en 2e classe pour frais divers encourus par l'hospitalisé, avec un maximum de 30 journées par année de calendrier.

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
   SportMed « Domaine Thermal de Mondorf » :
   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.

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 prestations pour soins de médecine dentaire prévues aux tarifs officiels.

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 70 % 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 8.2) ci-dessus jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 600 € 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 prémolaire ou molaire.

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

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

* Erreur matérielle : "erronément numéroté VIII dans la version publiée au Mémorial B"

2) Orthodontie

a) Prise en charge des prestations d'orthodontie reprises à l'article 8.1) d) ci-dessus jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 350 € par personne protégée, à l'exception des plafonds par acte suivants :

DT41	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil	250 €
DT42	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période	250 €
DT43	Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période	250 €
DT44	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période ; au 21e mois du traitement	250 €
DT45	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période ; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement	250 €

b) 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 :

<u>Prothèses dentaires conjointes :</u>	
Couronne, Dent à pivot,	
Elément de bridge, Couronne téléscopique	380 €
Inlay, Reconstitution sur inlay-pivot, Charnière	150 €
<u>Prothèses dentaires adjointes :</u>	
Base squelettique en métal	400 €
Plaque base en résine, renforcée ou coulée	150 €
Crochet, Attachement	100 €
<u>Autres prestations :</u>	
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 60 % des plafonds par acte.

b) Implants dentaires

Par dérogation à l'alinéa 1er 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 1.050 € 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 100 € par personne protégée.

b. Montures
Participation aux frais pour montures jusqu'à concurrence de 30 € avec un renouvellement périodique au plus tôt après un délai de 3 ans à compter du dernier remboursement par la CMCM.

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 500 € 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 entrainement 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 Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale
1G43 Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers
1G44 Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose
1G45 Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs
1G46 Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
1G51 Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise
1G52 Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif
1G55 Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique
1G57 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie
1G58 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonet, lithotritie mécanique, dilatation)
1G59 CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse
1G63 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance
1G64 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes
1G65 Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde
1G67 Rectoscopie avec biopsie
1G72 Colofribroscopie 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 cm^2
1D42 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm^2
1D43 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ; plus de 4 cm^2
1D51 Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm^2
1D52 Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm^2

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
2L32 Traitement sanglant de fracture : un os de l'avant-bras, poignet,

rotule, tarse, métatarse
2L33 Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe
2L34 Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise
2L41 Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil
2L42 Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien
2L43 Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe
2L44 Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise
2L51 Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule
2L52 Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied
2L53 Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale
2L61 Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil
2L62 Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule
2L63 Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied
2L64 Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche
2L71 Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moinsde 5 points) des parties molles
2L72 Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)
2L73 Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale
2L76 Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins
2L81 Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10 % au moins)
2L82 Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25 %)

Section 2 - Chirurgie générale

2G01 Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC
2G02 Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde
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 Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm^2
2G22 Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm^2, visage ou mains
2G23 Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm^2
2G24 Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm^2, visage ou mains
2G25 Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm^2
2G26 Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm^2
2G31 Greffes libres de peau totale
2G32 Greffe dermo-pileuse - APCM
2G33 Greffe muqueuse, acte isolé
2G34 Greffe cartilagineuse, acte isolé
2G36 Lipectomie abdominale antérieure - APCM
2G37 Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM
2G38 Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM
2G41 Autoplastie par rotation ou par glissement
2G42 Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains
2G43 Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance
2G44 Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains
2G45 Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte
2G46 Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte
2G47 Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps
2G48 Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps
2G51 Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision
2G52 Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)
2G53 Implants de médicaments, de tissus
2G55 Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance
2G56 Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)
2G57 Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues
2G60 Biopsie musculaire
2G61 Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires
2G65 Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur
2G66 Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs
2G67 Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs
2G68 Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus
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-adénectomie 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 Résection 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
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 synoviectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris
2K45 Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux
2K46 Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synoviectomie du genou, appareil de fixation compris
2K47 Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie 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 Astragalectomie
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 Résection d'une côte cervicale
2T12 Résection de côtes
2T23 Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant
2T31 Médiastinoscopie
2T61 Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale
2C22 Changement du boîtier du stimulateur cardiaque

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

2A11 Cure de hernie ombilicale
2A21 Cure de hernie inguinale, crurale ou autre
2A22 Cure de hernie étranglée sans résection viscérale
2A23 Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire
2A51 Laparotomie exploratrice et petite intervention éventuelle, non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
2A52 Laparotomie et cure d'une collection (abcès...), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
2D21 Gastrotomie, duodénotomie, entérotomie, non cumulable avec une intervention intra-abdominale
2D23 Gastrostomie, duodénostomie
2D24 Vagotomie tronculaire, acte isolé
2D61 Colostomie, caecostomie, iléostomie
2D71 Appendicectomie, acte non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale
2D72 Ablation du diverticule de Meckel, avec ou sans appendicectomie
2D91 Opération de fixation d'un organe abdominal (pexie), abdominale
2B11 Cholécystotomie ou cholécystostomie
2R11 Intervention pour imperforation de l'anus, forme simple
2R12 Imperforation anale vraie, traitement par voie basse
2R21 Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance
2R22 Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes
2R23 Hémorroïdes ou prolapsus anal, excision
2R24 Hémorroïdes, résection circulaire
2R31 Cerclage de l'anus, acte isolé
2R32 Traitement chirurgical du prolapsus rectal (sans résection), toute voie d'abord
2R41 Traitement de plaies du canal anal et du périnée
2R42 Plaies du rectum, tumeurs bénignes du rectum, traitement par voie basse
2R43 Traitement par voie basse des lésions traumatiques complexes du périnée, du canal ano-rectal et des organes du petit bassin
2R51 Mise à plat des abcès de la marge de l'anus et des fistules intra-sphinctériennes
2R52 Traitement chirurgical des fistules et abcès profonds ou extra-sphinctériens de l'anus
2R53 Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire
2R61 Excision de tumeurs de la marge de l'anus

Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis

2N88 Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois
2V11 Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle
2V21 Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoïdite, pachyméningite
2V22 Laminectomie avec section des ligaments dentelés
2V23 Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire
2V61 Réduction et contention d'une fracture ou luxation cervicale par traction transosseuse
2V63 Ostéosynthèse cervicale par voie antérieure ou postérieure
2V71 Laminectomie cervicale simple, un niveau
2V73 Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie, par niveau
2V81 Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire
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 Résection 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 Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe
3R61 Mastoïdectomie 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 trijumeau à la sortie du crâne, première séance
3N36 Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau 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 Résection 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 Résection 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 ethmoidal 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 local comprise, première séance
3L35 Electrocoagulation endolaryngée, anesthésie locale comprise, séance suivante
3L41 Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie
3L42 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans
3L43 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez une personne de plus de 12 ans
3L44 Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou deux temps
3L45 Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx
3L51 Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien
3L52 Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé
3L54 Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie
3L56 Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes
3L57 Microlaryngoscopie avec épluchage complet d'une corde vocale
3L58 Microchirurgie endoscopique avec aryténoidectomie, aryténoidopexie 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 fluorescénique

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 Blépharorraphie, tarsorrapie, canthoplastie
4A21 Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion
4A22 Trichiasis, opération sans greffe
4A23 Trichiasis, opération avec greffe libre
4A24 Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée
4A25 Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et /ou le muscle releveur
4A26 Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps
4A32 Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson
4A33 Stricturotomie du sac lacrymal
4A34 Dacryocystectomie
4A35 Dacryocystorhinostomie
4A36 Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale
4A37 Extirpation de la glande lacrymale

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

4G24 Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant
4G25 Suture de plaie simple de la conjonctive
4G26 Recouvrement conjonctival
4G31 Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre
4G32 Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre
4G33 Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations ; péritomie
4G34 Excision de néoformations étendues avec autoplastie
4G36 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival
4G37 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure, repérage ophtalmoscopique compris
4G38 Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger du segment postérieur, repérage ophtalmoscopique compris
4G42 Tatouage de la cornée
4G43 Excision simple d'un ptérygion
4G44 Excision d'un symblépharon
4G45 Excision d'un ptérygion avec autoplastie
4G47 Paracentèse de la cornée, kératotomie

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

4G51 Extraction de corps étrangers intraoculaires
4G52 Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement
4G53 Capsulectomie pour cataracte
4G54 Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculectomie, trépanation sclérale, iridencleisis
4G55 Amputation du segment antérieur
4G61 Discision pour cataracte
4G64 Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé
4G65 Sclérotomie, ponction de la sclérotique
4G66 Sclérectomie avec ou sans iridectomie
4G67 Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

4G74 Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, première séance pour une période de trois mois
4G75 Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois

Section 6 - 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'uretère 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'éventration lombaire
5R12 Lombotomie exploratrice
5R13 Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique
5R21 Néphropexie
5R22 Lombotomie 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 interventions 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'uretère ; 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 trophoblaste
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 Microhystéroscopie exploratrice avec ou sans biopsie
6G34 Microhystéroscopie avec traitement préalable de la muqueuse
6G35 Microhystéroscopie opérationnelle
6G41 Extirpation de la glande de Bartholin
6G42 Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale
6G43 Vulvectomie simple
6G51 Colpotomie
6G52 Opération de l'imperforation vulvaire
6G53 Opération de l'imperforation vaginale
6G54 Création d'un néovagin sans laparotomie
6G62 Dilatation sanglante du col, acte isolé
6G63 Ablation d'un polype du col
6G64 Electrocoagulation du col, première séance
6G65 Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines
6G66 Conisation du col ou opération analogue
6G67 Amputation du col
6G71 Colpopérinéorraphie postérieure
6G72 Colporraphie antérieure
6G73 Colporraphie antérieure et postérieure
6G74 Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)
6G81 Hystéropexie simple par voie haute
6G84 Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé
6G85 Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale
6G86 Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris
6G91 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM
6G92 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM
6G93 Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ; acte isolé

CHAPITRE 8 - IMAGERIE MÉDICALE

Section 1 - Radiodiagnostic

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

Section 2 - Radiothérapie

8T71 Mise en place sous anesthésie générale de gaines vectrices pour curiethérapie au niveau bucco-pharyngé
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

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 bucconasale
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 hémi-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
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

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 Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques
2F32 Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales
2F33 Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres
2F35 Thrombo-endartériectomie des troncs supraaortiques
2F36 Thrombo-endartériectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales
2F37 Thrombo-endartériectomie 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 symphatique 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 Cholédocotomie ou hépaticotomie
2B32 Cholédocotomie 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, quelque 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 latérofontanellaire
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, mastoidectomie 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 - OPTHALMOLOGIE

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 - Orbite

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 Electrorésection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents
5U46 Electrorésection 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 bassinet 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 bassinet ou de l'uretère par 2 incisions
5R63 Opération plastique sur l'uretère
5R64 Anastomose urétéro-urétérale
5R72 Cure de fistule cutanée de l'uretère
5R73 Urétérostomie cutanée transintestinale
5R75 Remplacement urétéral par plastie
5R81 Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux
5R82 Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé
5R91 Transplantation rénale
5R92 Prélèvement d'un rein chez un donneur vivant en vue d'une transplantation
5V21 Cystectomie totale isolée
5V22 Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau
5V23 Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin
5V24 Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal
5V25 Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent
5V31 Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM
5V41 Cure de fistule urinaire par voie abdominale
5V42 Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps
5V43 Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps
5V52 Exstrophie vésicale : reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale
5V55 Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie
5V81 Urétroplastie en un temps
5V92 Cure de fistule périnéale avec ou sans urétrectomie, 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 latérognathie, matériel non compris
9F55 Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face (hors l´orbite) par greffe osseuse, cutanéo-muqueuse, 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	60 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)	60 jours
Radiothérapie (par année de calendrier)	60 jours
Coma diabétique hyperglycémique	10 jours
Gangrène gazeuse (Gasbrand)	30 jours
Hépatite virale	30 jours
Infarctus du myocarde	40 jours
Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique	30 jours
Méningite	30 jours
Mucoviscidose	30 jours
Poly-traumatisé grave	60 jours
Salmonellose (Typhus)	30 jours
Sclérose en plaques en poussée	30 jours
Sclérose latérale amyotrophique	30 jours
Tuberculose pulmonaire aiguë	30 jours
Zona-ophtalmique	30 jours

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

ANNEXE II

CONVENTIONS 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 1er avril 1970

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

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

Il est convenu entre

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

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

Art. 1er

La F.M.P. ouvre aux membres de la C.M.C.M. le bénéfice de toutes les conventions par elle-même conclues, avec les établissements et cliniques figurant annuellement en annexe de la présente convention. En vue d'étendre auxdits membres le tiers payant des frais médicaux et chirurgicaux déjà assurés dans lesdits établissements et cliniques, la F.M.P. fera son affaire de la prise en charge des hospitalisations et interventions dans d'autres établissements de la Région Parisienne, tels que les hôpitaux de l'Assistance Publique et cliniques spécialisées.

Art. 2

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

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

Art. 3

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

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

Art. 4
La F.M.P. se chargera du règlement direct des frais et honoraires, dans les conditions prévues à l'article 2 ci-avant, auprès des établissements de soins et des praticiens.

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

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

Art. 5
Les frais non prévus par ladite convention seront réglés directement par le malade qui en sera informé au préalable.

Art. 6
En exécution de l'avenant signé à Paris le 19 mars 1970 et prenant effet le 1er avril 1970, l'application de la convention de tiers payant est étendue dans les conditions générales de ladite convention :

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

2. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste. signée à Metz, le 12 décembre 1968

Dans le but de faciliter aux Mutualistes affiliés à la C.M.C.M. du Grand-Duché de Luxembourg toutes démarches et formalités d'ordre administratif ou financier lorsqu'ils sont admis au Centre des Grands Brûlés de Metz, il a été décidé par les organismes ci-dessous désignés, de conclure la Convention ci-après :

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

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

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

Art. 1er
Les membres de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et leurs ayants droit, pourront être admis au Centre des Grands Brûlés de Metz, dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'adhérents de la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste.

Art. 2.
Les Mutualistes luxembourgeois dont l'état nécessiterait un transfert au Centre des Grands Brûlés seront munis d'une lettre de prise en charge émanant de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg, à condition que les dispositions de l'article 92 du Livre II du Code des Assurances Sociales n'entrent pas en ligne de compte.

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

Art. 3.
La Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste réglera le Trésorier Principal Municipal, dès réception des factures. En cas de prolongation du séjour au-delà d'une durée de 30 jours, la facturation pourra être effectuée par période mensuelle.

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

Art. 4.
Les paiements effectués par la Caisse Mosellane Chirurgicale Mutualiste donneront lieu au remboursement par la C.M.C.M. du Grand-Duché de Luxembourg, après envoi d'un bordereau accompagné des factures justificatives.

Art. 5.
Le remboursement sera majoré de 1% à titre de frais de gestion avec un maximum de 7,62 € (50.- FRF) par dossier.

Art. 6.
Le Chirurgien-Chef du Centre des Grands Brûlés, ou un de ses assistants, adressera dès la sortie du malade un rapport médical succinct au médecin-conseil de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste, 9, rue du Commerce à Luxembourg.

Art. 7
La présente convention est conclue pour une durée d'un an. Elle entrera en vigueur dès approbation par le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg. Elle sera renouvelable d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'un ou l'autre partie avec préavis de 3 mois.

3. Koordinierter Text des Abkommens zwischen der 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 Inkrafttretung 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, Moorenstr. 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 auszuhändigen. 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 Verwaltungskostenersatz 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 Lyautey à Nancy, représentée par son Président, Monsieur Paul AUBRY, d'autre part.
en présence de :
l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, ayant son siège, 8, rue Isabey à Nancy, représentée par le Docteur JEANBLANC, son Président,

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

Il a été convenu ce qui suit :

Art. 1er.
Les membres de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg bénéficieront, en matière chirurgicale, auprès des chirurgiens et des établissements publics et privés de soins du Département Meurthe-et-Moselle, des mêmes avantages que les Membres des Organisations Mutualistes de ce Département.
Le Conseil d'Administration de l'Union Mutualiste de Meurthe-et-Moselle a confié le soin de l'application de la présente convention à la Caisse Médico-Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle, qui a accepté.

Art. 2.
Pour les soins qu'ils pourront être appelés à recevoir, les adhérents de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg bénéficieront du libre choix entre tous les chirurgiens affiliés à l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et ayant adhéré à la Convention passée avec les Organismes Mutualistes du Département.

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

Art. 3.
Les Mutualistes Luxembourgeois désirant bénéficier du présent accord seront munis d'une lettre de prise en charge émanant de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg. La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg ne délivrera des bons de prise en charge que pour les opérations particulièrement importantes énumérées en annexe. Ils seront pris en subsistance par la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle, dans les conditions prévues aux articles, 4,5 et 6 ci-après.

Art. 4.
La Caisse Chirurgicale Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle réglera aux Chirurgiens et aux Maisons de Santé les honoraires et notes de frais dans les mêmes conditions que pour ses propres membres.

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

Art. 5.
Les paiements effectués par la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle aux Praticiens et aux Etablissements de soins, donneront lieu au remboursement par la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg sur la base d'un bordereau établi mensuellement et accompagné des pièces justificatives originales.

Art. 6.
Ces versements seront majorés de 4 % au titre de participation à la gestion avec un maximum de 7,62 € (50.- FRF) par dossier.

Art. 7.
Sont annexés à la présente convention :
- l'accord passé à la date du 19 mars 1958 entre l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle,
- la liste des Chirurgiens de Meurthe-et-Moselle, ayant donné leur accord pour application de cette convention,
- la liste des Etablissements de soins avec indication des tarifs pratiqués par ceux-ci à la date de la signature de la présente convention,
- les statuts de la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle,
- la liste des opérations importantes prévues à l'article 3.

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

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

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

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

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

Art. 3
1) Sämtliche Rechnungen des Spitals gehen an den SVK.
2) Der SVK überprüft und bezahlt die Rechnungen der Spitäler und gibt der CMCM Luxembourg die Kosten nach dem jeweils gültigen Unfallversicherungs-Tarif bekannt.

Art. 4
Aufgrund einer Abrechnung des SVK, der sämtliche Originalrechnungen der Spitäler beigefügt werden, nimmt die CMCM Luxembourg die Rückerstattung der vom SVK aushilfsweise erbrachten Leistungen vor.

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

Art. 6
Der vorliegende Vertrag (samt Anhang) tritt am 1.1.1994 in Kraft. Er kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten auf Ende eines Quartals gekündigt werden.

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

Liste der Spitäler gemäß Art. 1 des Vertrages (Stand 2.12.1993)
- Kantonsspital Basel
- Felix Platter-Spital, Basel
- Basler Kinderspital
- Kantonsspital Bruderholz
- Universitätsspital Zürich (USZ)
- Kinderspital Zürich
- Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich
- Inselspital Bern
- Hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne
- Kantonsspital Liestal

6. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Mutuelle de l'Est de Strasbourg. signée à Luxembourg le 11 février 1986

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

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

Il est convenu

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

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

Art. 1er
La M.E. ouvre aux affiliés de la CMCM le bénéfice de toutes les conventions par elle-même conclues, avec les établissements et cliniques figurant en annexe de la présente convention.

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

Art. 2
La M.E. se portera garante du règlement intégral des frais supplémentaires pour l'hospitalisation en chambre particulière, du forfait hospitalier et des mémoires d'honoraires mis en compte par les praticiens.

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (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 1er du mois qui suit son approbation par Monsieur le Ministre de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg.
Elle sera renouvelable d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie avec préavis de trois mois.

Liste des établissements de soins conventionnés :
Hospices Civils de Strasbourg (Centre Hospitalier Régional)
1, Place de l'Hôpital
F-67005 STRASBOURG

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

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

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

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

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

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

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

Clinique Adassa
13, place de Haguenau
F-67000 STRASBOURG

Clinique Bethesda
1, bld Jacques Preiss
F-67000 STRASBOURG

Centre Hospitalier Régional (Hôpital Pasteur)
F-68000 COLMAR

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

Art. 1er.
La CMCM prend en charge par le système du tiers payant, les prestations suivantes :

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

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

Art. 2.
Les conditions à remplir par l'affilié pour pouvoir bénéficier des prestations décrites à l'article 1 sub a) ci-dessus sont les suivantes :

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

Art. 3.
Les conditions de prise en charge des frais décrits à l'article 1 sub b) ci-devant pour une personne accompagnante sont les suivantes :

a) pour un enfant en-dessous de 18 ans, l'accompagnement par une personne adulte est d'office accordé
b) pour les adultes ou des enfants au-dessus de 18 ans nécessitant le traitement, l'accompagnement par une tierce personne est accordé sur :

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

Art. 4.
Après recours avec la caisse de maladie ou l'assurance contre les accidents, la CMCM met à la disposition de l'affilié, un décompte définitif à titre d'information.

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

Art. 1er.
La C.M.C.M. se portera garante du règlement intégral des frais supplémentaires pour l'hospitalisation en chambre particulière du forfait hospitalier et pharmaceutique, des moyens accessoires ainsi que des mémoires d'honoraires complémentaires mis en compte par les praticiens selon la législation belge, pour autant qu'elle prévoit des prestations complémentaires au tarif social.

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (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 1er janvier 2005

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

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

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

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

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

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

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

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

ARTICLE 2 - DÉFINITION DES VÉHICULES GARANTIS

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

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

ARTICLE 3 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

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

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

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

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

ARTICLE 4 - TERRITORIALITÉ

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

4.1 Pour l'assistance aux personnes

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

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

4.2 Pour l'assistance matérielle relative au véhicule et à l'assistance aux personnes à l'occasion de la pratique du ski

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

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

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

ARTICLE 5 - ASSISTANCE AUX PERSONNES

5.1 En cas de blessures ou de maladie

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

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

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

5.2 En cas de décès

5.2.1 Décès d'un bénéficiaire

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

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

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

5.3 Cas des personnes valides

5.3.1 Rapatriement des bénéficiaires valides

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

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

5.3.2 Séjour d'un proche en cas d'hospitalisation

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

5.4 Cas de la pratique du ski

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

Pour la prise en charge sont exclus :
- les frais de recherche,
- les compétitions sportives.

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

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

Retour du véhicule au domicile du bénéficiaire par les moyens les plus appropriés :

» Véhicule en état de marche :
- billet de chemin de fer ou d'avion mis à la disposition du bénéficiaire, pour aller reprendre possession du véhicule réparé,
- envoi d'un chauffeur pour rapatrier le véhicule laissé sur place à la suite de l'indisponibilité du conducteur.

» Véhicule immobilisé à l'étranger irréparable sur place, mais réparable au domicile du bénéficiaire :
- si la valeur vénale du véhicule est supérieure au coût des réparations, IMA organise le retour du véhicule,
- si la valeur vénale du véhicule est inférieure au coût des réparations, IMA ne sera tenue qu'à la prise en charge des frais d'abandon légal du véhicule.

- L'envoi de pièces détachées nécessaires à la réparation du véhicule garanti, le prix de ces pièces devant être remboursé ultérieurement par l'affilié.

- Lorsqu'ils ne sont pas couverts par un autre contrat d'assurance (automobile ou autres), les frais de remorquage jusqu'au garage le plus proche sont remboursés par IMA à concurrence de 75 euros.

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

ARTICLE 7 - AUTRES ASSISTANCES

7.1 Envoi de médicaments

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

7.2 Assistance plus

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

ARTICLE 8 - MISE EN ŒUVRE

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

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

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

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales. IMA ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

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

ARTICLE 9 - RISQUES EXCLUS

9.1 Faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire

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

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

9.2 Sports pratiqués en compétition

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

9.3 Ne sont pas garantis par la convention

CMCM-Assistance et ne donnent pas lieu à intervention :

- les frais médicaux et chirurgicaux ne découlant pas directement d'une maladie ou d'un accident garanti,
- les traitements ambulatoires n'ayant pas nécessité une hospitalisation,
- les frais occasionnés par :
  - un état de grossesse à moins d'une complication imprévisible,
  - des cures de rajeunissement, d'amaigrissement, des traitements esthétiques, des transformations sexuelles, des traitements par psychanalyse, des bilans de santé, des cures thermales, des actes et traitements en série (kinésithérapie, orthophonie, orthopédie),
  - des séjours en établissements pour convalescence, surveillance de soins, repos, cures ou postcures, maisons d'enfants, maisons de retraite, service de gérontologie…,
  - des soins dispensés par des praticiens non habilités par les autorités du pays,
  - un traitement dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la réglementation luxembourgeoise.
- les frais d'optique, de prothèses, d'appareils de surdité, d'appareils orthopédiques, de prothèses dentaires et traitements orthodontiques, sauf s'ils sont causés directement et exposés à l'occasion d'un accident ou de maladie garantie.

ARTICLE 10 - SUBROGATION

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

ARTICLE 11 - PRESCRIPTION

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