



STATUTEN DER CMCM





STATUTEN

Im Falle einer Beanstandung sind die im Memorial veröffentlichten statutarischen Texte, Reglemente und Konventionen allein massgebend.

KAPITEL I: BEZEICHNUNG, SITZ UND ZWECK

Art. 1 - Bezeichnung und Sitz

Innerhalb der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise wird eine Société de secours mutuels eingesetzt, welche die Bezeichnung „Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg“ annimmt, zuvor „Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg“, in den nachfolgenden Statuten als „CMCM“ bezeichnet.

Die CMCM unterliegt dem Gesetz vom 1. August 2019 über Mutualitätsvereine sowie den großherzoglichen Verordnungen zu deren Umsetzung in ihrer geänderten und jeweils gültigen Fassung sowie allen rechtlichen Bestimmungen und Verordnungen, die diese möglicherweise ersetzen. Sie ging hervor aus dem Zusammenschluss der „Caisse Chirurgicale Mutualiste“ mit der „Caisse Dentaire Mutualiste“ des Großherzogtums Luxemburg am 1. Januar 1976.

Die CMCM hat ihren Sitz in Luxemburg.

Art. 2 - Zweck

Die CMCM hat zum Zweck, ihren Mitgliedern sowie deren in Artikel 3 aufgeführten Angehörigen finanzielle Unterstützung zu gewährleisten, in Übereinstimmung mit den vorliegenden Statuten.

KAPITEL II: AUFNAHME-, AUSTRITTS- UND AUSSCHLUSSBEDINGUNGEN

Art. 3 - Aufnahme

1. Mitglied bei der CMCM kann jede Person werden, die Mitglied in einem staatlich anerkannten Mutualitätsverein ist, welcher der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise angeschlossen ist und die folgende Bedingungen erfüllt:

- a) pflichtversichert oder freiwillig versichert sein bei einer luxemburgischen Krankenkasse oder bei der Krankenkasse der Europäischen Gemeinschaft oder ähnlichen, in den vorliegenden Statuten als „die Krankenkasse“ bezeichnet, und ihren Wohnsitz im Großherzogtum Luxemburg oder in den angrenzenden Ländern haben;
- b) pflichtversichert oder freiwillig versichert sein bei einer in den angrenzenden Ländern anerkannten Krankenkasse, in den vorliegenden Statuten als „die Krankenkasse“ bezeichnet, und ihren Wohnsitz im Großherzogtum Luxemburg oder in den Grenzregionen haben;

als Grenzregionen gelten:

- für Deutschland: die Länder Saarland und Rheinland-Pfalz
- für Belgien: die Provinzen Lüttich und Luxemburg
- für Frankreich: die Departemente „Moselle“ und „Meurthe et Moselle“

In Abweichung zu den oben unter a) und b) genannten Bestimmungen kann die Mitgliedschaft bei der CMCM fortgesetzt werden für ein Mitglied, das seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Dies gilt auch für den Mitversicherten,

der zum Hauptversicherten wird, jedoch unter Vorbehalt der Einhaltung der Frist von 12 Monaten, wie in Artikel 19 Absatz 2 vorgesehen.

Alternativ zur Mitgliedschaft in einem staatlich anerkannten Mutualitätsverein, welcher der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise angeschlossen ist, berechnet die CMCM dem Mitglied zusätzlich zum Beitrag für die CMCM einen jährlichen Beitrag von 18 € für die luxemburgische Mutualität, welcher an die Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise weitergeleitet wird.

Die oben genannten Personen werden in den vorliegenden Statuten als „das Mitglied“ bezeichnet.

2. Dem Mitglied gleichgestellt sind die nachfolgend aufgeführten Personen, welche in den vorliegenden Statuten als „die Mitversicherten“ bezeichnet werden:

- a) der Ehepartner oder der Partner/die Partnerin laut Gesetz vom 9. Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften;
- b) der Verwandte oder Alliierte in direkter Linie oder Seitenlinie bis zum dritten Grad, der mangels Ehepartner oder Partner den Haushalt des Hauptmitgliedes führt, sofern er seitens seines Ehepartners oder seines Partners bei einer Krankenkasse mitversichert ist;
- c) die legitimen, legitimierten, natürlichen und adoptierten Kinder, sofern sie seitens ihres Vaters oder ihrer Mutter bei einer Krankenkasse mitversichert sind;
- d) die auf dauerhafte Art in den Haushalt des Mitgliedes aufgenommenen Kinder, für welche dieses die Erziehung und den vollständigen Unterhalt übernimmt, sofern sie bei der Krankenkasse des Mitgliedes, dessen Ehepartners oder dessen Partners mitversichert sind.

Abweichend von den Bestimmungen im vorangehenden Absatz besteht die Mitgliedschaft des Mitversicherten bis zum Alter von 19 Jahren weiter, auch wenn Letzterer obligatorisch bei einer Krankenkasse versichert ist.

Die Mitversicherten unterliegen auch der Anwendung der Bestimmungen, die unter Absatz 1 Unterabsatz b) des vorliegenden Artikels aufgeführt sind.

3. Im Falle einer Scheidung oder einer Beendigung der Partnerschaft kann der Ehepartner oder der Partner sich binnen 12 Monaten ohne Karenzzeit anmelden. Hierzu muss die Heiratsurkunde mit Randvermerk über die Scheidung oder eine Bescheinigung, welche das Datum der Beendigung der Partnerschaft bestätigt, vorgelegt werden.
4. Im Falle des Todes des Mitgliedes können seine Mitversicherten die Mitgliedschaft unter den von den vorliegenden Statuten vorgesehenen Bedingungen fortsetzen.
5. Die Mitgliedschaft beginnt am ersten Tag des auf die Annahme des Aufnahmegesuchs durch die CMCM folgenden Monats, vorbehaltlich der Mitgliedschaft in einem Mutualitätsverein innerhalb von 3 Monaten oder der Zahlung des Jahresbeitrags an die luxemburgische Mutualität, wobei die Mitgliedschaft erst

wirksam wird, wenn der fällige Beitrag mittels der gewählten Zahlungsart beglichen ist.

In Abweichung zu dem vorstehenden Text und auf ausdrückliche Nachfrage des neuen Mitgliedes kann die Mitgliedschaft auch rückwirkend auf den ersten Tag des Monats des Aufnahmegesuchs bei der CMCM festgelegt werden. In diesem Fall können die Leistungen, für die keine Karenzzeit zu beachten ist, nur bewilligt werden, wenn sie nach dem Annahmedatum des Aufnahmegesuchs durch die CMCM geleistet wurden. Die Beitragszahlung muss dennoch für den gesamten Monat geleistet werden.

6. Jedwede Änderungen der Adresse und des Zivilstandes sind umgehend der CMCM mitzuteilen.

Art. 4 - Austritt

Der Austritt aus der CMCM durch ein Mitglied kann per Einschreiben erfolgen.

Die Austrittserklärung muss bei der CMCM vor dem 31. Dezember des laufenden Jahres eintreffen, damit sie für das folgende Jahr berücksichtigt werden kann.

Art. 5 - Streichung

Mitglieder, die 30 Tage nach der Mahnung per Einschreiben ihre fälligen Beitragszahlungen noch nicht beglichen haben, beziehungsweise für die die Einziehung nach dem nachstehenden Artikel 10 nicht erfolgreich war, werden von der Mitgliederliste gestrichen.

Die Streichung von der Mitgliedsliste wird den Betroffenen per Einschreiben mitgeteilt.

Die Mitglieder sind gehalten, die fälligen Beiträge zu bezahlen, ungeachtet einer Streichungsmaßnahme, die gegen sie verhängt wurde.

Art. 6 - Ausschluss

Von der CMCM ausgeschlossen werden:

- 1) Mitglieder, die nicht mehr über eine Mitgliedschaft bei einem Mutualitätsverein verfügen beziehungsweise die sich weigern, den Jahresbeitrag für die luxemburgische Mutualität zu bezahlen, wie im obenstehenden Artikel 3 vorgesehen. Der Ausschluss tritt am ersten Tag des Monats nach der bezüglichen Benachrichtigung an die CMCM durch den Mutualitätsverein in Kraft.
- 2) Mitglieder, die sich eines Fehlverhaltens in Bezug auf die Grundsätze der Mutualität schuldig gemacht haben, und dies mit sofortiger Wirkung.

Der Ausschluss erfolgt, wie in Artikel 37 vorgesehen, durch den Verwaltungsrat der CMCM, welcher in den vorliegenden Statuten als „Verwaltungsrat“ bezeichnet wird. Er wird dem Betroffenen per Einschreiben mitgeteilt.

Ein Einspruch kann schriftlich beim Verwaltungsrat eingereicht werden binnen 40 Tagen nach Erhalt des Ausschlussbeschlusses.

Art. 7 - Wiederaufnahme

Mitglieder, die durch schriftliche Mitteilung aufgrund eines Wegzugs ins Ausland ausgetreten sind, können im Fall ihrer Rückkehr, unter Vorbehalt der Bestimmungen in Artikel 3 Absatz 1 und in Artikel 19 Absatz 1 der Statuten, erneut Mitglied werden.

In Abweichung zu dem vorstehenden Text können Mitglieder aus den Grenzregionen, die aufgrund der Verlegung ihres Wohnsitzes außerhalb der Grenzregionen, mit Ausnahme des Großherzogtums Luxemburg, schriftlich austreten, nach ihrer Rückkehr wieder Mitglied bei der CMCM werden, vorbehaltlich Artikel 3 Absatz 1 und Artikel 19 Absatz 1 der vorliegenden Statuten.

Ausgetretene, von der Mitgliedsliste gestrichene oder ausgeschlossene Mitglieder können vom Verwaltungsrat wieder aufgenommen werden, vorbehaltlich Artikel 3 Absatz 1 und Artikel 22 der vorliegenden Statuten.

KAPITEL III: ORGANISATION DER FINANZEN

Art. 8

1. Die Einnahmen der CMCM bestehen aus:
 - a) den Beiträgen der Mitglieder;
 - b) den durch Spenden und Vermächnisse erhaltenen Zuwendungen von Privatpersonen;
 - c) den Subventionen durch den Staat und die Gemeinden;
 - d) Erträge aus Kapitalanlagen.

Es wird von den Mitgliedern keinerlei Beteiligung für Leistungen erhoben, die in den vorliegenden Statuten und ihren Anlagen nicht vorgesehen sind und die gemeinsamen Gelder werden für keinerlei Zwecke verwendet, welche nicht in eben diesen Statuten und Anlagen vorgesehen sind.

2. Die Ausgaben der CMCM bestehen aus:
 - a) den Auszahlungen der Leistungen;
 - b) Verwaltungs- und Betriebskosten.

KAPITEL IV: BEITRÄGE

Art. 9 - Festlegung der Beiträge

1. Die Beiträge für:
 - a) den obligatorischen Versicherungsschutz des ALLGEMEINREGIMES,
 - b) die optionale Versicherung PRESTAPLUS,
 - c) die optionale Versicherung DENTA & OPTIPLUS,wie nachstehend definiert, sind durch den Beitragssatz der CMCM in der folgenden Anlage A festgelegt, welche fester Bestandteil der vorliegenden Statuten ist. Dieser Satz wird nachfolgend als „Beitragssatz“ bezeichnet.

Die Beiträge werden für das Beitragsjahr erhoben anhand des halbjährlichen Durchschnitts der Verbraucherpreisindexe auf Basis vom 1. Januar 1948, in Kraft am 1. September des Vorjahres.

Mit Ausnahme anderweitiger Regelungen in diesen Statuten oder im Beitragssatz basieren die Beiträge auf dem Alter des Mitglieds zum Zeitpunkt seines Beitritts.

2. Es wird eine Mitgliedschaft durch den Arbeitgeber geschaffen, deren praktische Modalitäten und Mitgliedsbedingungen im Beitragssatz der CMCM festgelegt sind. In Abweichung zu den Bestimmungen in Artikel 3.1. meldet der Arbeitgeber seine Arbeitnehmer entweder bei einem vom Staat anerkannten Mutualitätsverein an, welcher der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise angeschlossen ist, oder er zahlt an die CMCM einen jährlichen Beitrag von 3€ pro Mitglied für die luxemburgische Mutualität. Dieser Beitrag wird von der CMCM an die Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise weitergeleitet.
3. Um auf die von der CMCM angebotenen Leistungen Anspruch zu haben, muss das Mitglied die diesbezüglichen Beiträge zahlen, gemäß des nachfolgenden Artikels 10 und so wie sie in den vorliegenden Statuten und dem Beitragssatz festgelegt sind.
4. Der Mitversicherte, welcher binnen 12 Monaten der CMCM als Hauptmitglied beitrifft, wie in Artikel 19.2. der Statuten festgelegt, ist von der Entrichtung entbunden für das Jahr, in dem er den Status des Mitversicherten verliert.
5. Mitversicherte, die der CMCM vor Erreichen des 30. Lebensjahrs bzw. nach Erreichen des in Art. 3 Abs. 2 Unterabs. 3 vorgesehenen Mindestalters innerhalb von 12 Monaten als Hauptversicherter beitreten, sind für das laufende und darauffolgende Jahr, in dem sie ihren Status als Mitversicherte verlieren, von der Zahlung der Mitgliedsbeiträge befreit.

Art. 10 - Fälligkeit der Beiträge

Alle Beiträge sind innerhalb von 30 Tagen nach der Zahlungsaufforderung an die CMCM zu bezahlen.

Bei Nichtzahlung innerhalb dieser Frist werden, mittels aller juristischen Wege unbeschadet der Anwendung von Artikel 5 der vorliegenden Statuten, Einziehungsmaßnahmen der nicht beglichenen Beiträge getroffen.

Die Kosten der Einziehungsmaßnahmen und der Mahnungen der geschuldeten Beiträge sind zu Lasten des Mitgliedes.

Die Beiträge können in Raten eingezogen werden.

Der Verwaltungsrat kann ein anderes Erhebungsverfahren des Beitrages festlegen. Die ausstehenden Beiträge bleiben der CMCM geschuldet.

Verliert ein Mitglied seine Eigenschaft als Hauptmitglied, so bleibt der CMCM der für das laufende Jahr erhobene Jahresbeitrag vollständig erhalten.

Die Rückerstattung von zu viel gezahlten Beiträgen durch das Mitglied kann nur für das laufende und das vorangegangene Geschäftsjahr erfolgen.

Im Todesfall eines Mitgliedes ist der Beitrag lediglich anteilmäßig bis zum letzten Tag des Monats, in welchem das Mitglied verstorben ist, fällig.

Für ein Mitglied, das im Laufe des Jahres seine Eigenschaft als Hauptmitglied verliert und zum Mitversicherten wird, ist der Beitrag lediglich anteilmäßig bis zum letzten Tag des Monats, der seiner Mitversicherung vorausgeht, fällig.

Allgemein behält sich die CMCM das Recht vor, Beitragsforderungen von auszahlenden Leistungen abzuziehen.

KAPITEL V: DIE LEISTUNGEN DER CMCM

UNTERKAPITEL I: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN FÜR ALLE GARANTIE

Art. 11 - Allgemeines

1. Die CMCM beteiligt sich an den Kosten für sowohl im Großherzogtum Luxemburg als auch im Ausland erbrachte Gesundheitsversorgung.

In diesem Rahmen bietet die CMCM ihren Mitgliedern drei Arten des Versicherungsschutzes:

- ALLGEMEINREGIME (obligatorisch)
- PRESTAPLUS (optional)
- DENTA & OPTIPLUS (optional)

Die in diesem Rahmen angebotenen Leistungen sind im Leistungssatz der CMCM in der nachfolgenden Anlage B festgelegt, welche fester Bestandteil der vorliegenden Statuten ist. Dieser Satz wird nachfolgend als „Leistungssatz“ bezeichnet.

Die CMCM bietet ihren Mitgliedern unter anderem Hilfe bei Auslandsaufenthalten, die sogenannte CMCM-ASSISTANCE, sowie eine Reiserücktrittsversicherung an, die beide im ALLGEMEINREGIME enthalten sind und deren praktische Modalitäten in den Anhängen III und IV des Leistungsverzeichnisses der CMCM beschrieben werden.

2. Sofern nicht anderwärtig vorgesehen werden die Leistungen auf Basis der von der im Großherzogtum Luxemburg obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen berechnet, wie im „Code de la Sécurité Sociale“ vorgesehen; diese wird in den vorliegenden Statuten als „Krankenversicherung“ bezeichnet.
3. Die Leistungen können auf keinen Fall den Fehlbetrag übersteigen, der vom Mitglied, nach der Beteiligung der Krankenkasse, zu zahlen ist.

4. Die CMCM behält sich das Recht vor, die Einsicht folgender Dokumente einzufordern:

- eine detaillierte Abrechnung der Krankenkasse;
- eine ärztliche Bescheinigung oder eine ärztliche Verordnung;
- einen zahnärztlichen Kostenvoranschlag.

Art. 12 - Die Verwirkungsfrist

Die Verwirkungsfrist, über die hinaus die Mitglieder oder ihre Rechtserwerber ihre Rechte auf die satzungsmäßigen Leistungen nicht mehr geltend machen können, ist auf zwei Jahre festgelegt ab dem Datum der Zahlung der Rechnung, ausgestellt von den Anbietern von Gesundheitsversorgung oder Leistungsträgern. Was die direkte Übernahme durch das „Drittzahlersystem“ angeht, ist der Fristablauf auf zwei Jahre festgelegt ab dem Datum der Leistung, die von den Anbietern von Gesundheitsversorgung oder Leistungsträgern in Rechnung gestellt wurde.

Art. 13 - Bestimmungen für die Zahlungen der Leistungen

1. Die Mitglieder oder ihre Mitversicherten, die seitens der CMCM Leistungen bezogen haben, sind gehalten, diese in ihre etwaigen Rechtsansprüche gegenüber Dritten zu übertragen.

Dieser Anspruchsübergang wird zum Zeitpunkt der Auszahlung durch die CMCM durchgeführt mittels einer Surrogationsquittung und dies bis zur erstatteten Höhe.

2. Die Rückerstattungen der CMCM können rechtmäßig ausgezahlt werden, entweder direkt an das Mitglied oder an jede andere Person, die nachweisen kann, die Leistung oder die damit verbundenen Ausgaben getätigt zu haben.

Art. 14 - Nicht übernommene Kosten

Nicht von der CMCM übernommen werden, soweit in den vorliegenden Statuten nicht anders vorgesehen:

- a) erbrachte Leistungen in direktem Zusammenhang mit Taten oder Ereignissen in einem Bürger- oder Angriffskrieg, bei einer Naturkatastrophe oder einer Schlägerei (außer bei Notwehr);
- b) unterschiedliche Geräte, die in Folge einer Operation notwendig sein könnten, mit Ausnahme von äußeren und inneren Prothesen, die nach einer medizinisch-chirurgischen Behandlung oder einem chirurgischen Eingriff benötigt werden
- c) Schönheitsoperationen
- d) Sonderleistungen für persönliche Ansprüche und sogenannte „Luxus“-Leistungen;
- e) Unterbringungen, die von der Krankenkasse oder dem Vertrauensarzt der CMCM als solche anerkannt sind;
- f) alle Kuren, die nicht durch die vorliegenden Statuten genehmigt sind
- g) Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und andere Leistungen, die von der Krankenkasse nicht genehmigt oder abgelehnt wurden;
- h) Honorare von Ärzten und Zahnärzten, die nicht von der Krankenkasse konventioniert oder zugelassen sind;
- i) die persönliche Beteiligung des Versicherten einer Krankenkasse an den Kosten für Zahnersatz, für den Fall, dass der Versicherte während mindestens zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht jährlich den Zahnarzt zur Vorsorge aufgesucht hat.

Art. 15 - Zusatzleistungen

Der Verwaltungsrat der CMCM ist berechtigt, seinen Mitgliedern Leistungen anzubieten, die über die in Kapitel V vorgesehenen hinausgehen, oder diesbezüglich mit mutualistisch geprägten Organismen sowie im In- oder Ausland zugelassenen Versicherungsgesellschaften zusammenzuarbeiten.

Die Leistungen und Beiträge sowie die von der CMCM mit den mutualistisch geprägten Organismen bzw. den zugelassenen Versicherungsgesellschaften abgeschlossenen Verträge sind in das Leistungs- und Beitragsverzeichnis aufzunehmen.

UNTERKAPITEL II: ALLGEMEINREGIME

Art. 16 - Gegenstand der Schutzleistung

1. Die CMCM beteiligt sich an den Kosten der im Großherzogtum Luxemburg geleisteten Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder, im Falle:

- a) ein ambulanter chirurgischer Eingriff, wie unter Punkt I des Leistungsverzeichnisses der CMCM definiert;
- b) eines Krankenhausaufenthaltes;
Die im Falle eines Krankenhausaufenthaltes erbrachten Leistungen unterscheiden sich, je nachdem, ob der Krankenhausaufenthalt verschrieben wurde:
 - für eine medizinische Behandlung oder
 - für leichte oder mittelschwere chirurgische Eingriffe, schwere chirurgische Eingriffe oder schwere medizinische Behandlungen gemäß Anlagen Ia, Ib und Ic des Leistungssatzes der CMCM.
- c) einer zahnärztlichen Behandlung.

2. Die Leistungen werden berechnet mit Referenz auf die bei der Krankenversicherung anwendbaren Tarife nach der Nomenklatur der Akte und Leistungen von Ärzten und Zahnärzten; diese Tarife werden in den vorliegenden Statuten als „offizielle Tarife“ bezeichnet.

3. Der Ausschuss für soziale Belange, wie in Artikel 37 Unterpunkt 6 Absatz 2 definiert, kann nach Rücksprache mit seinen beratenden Ärzten, Leistungen für chirurgische Eingriffe oder zahnmedizinische Behandlungen gewähren, für die noch kein Tarif festgelegt wurde, und die demzufolge nach dem „Analogieprinzip“ behandelt werden.

4. Wenn im Laufe des Jahres eine neue Nomenklatur für eine oder mehrere Tarif-Akte von der Krankenversicherung angewandt wird, kann sich der Verwaltungsrat gemäß Artikel 37 der vorliegenden Statuten dem anschließen.

5. Die Vor- und Nachbehandlungsdauer im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung im Großherzogtum Luxemburg beträgt 90 Tage vor und 90 Tage nach der eigentlichen medizinisch-chirurgischen Behandlung.

Art. 17 - Aufnahmebedingungen

Jedes Mitglied, das die in den Artikeln 3 und 19 der vorliegenden Statuten vorgesehenen Bedingungen erfüllt, ist im Rahmen des ALLGEMEINREGIMES versichert.

Art. 18 - Beginn des Versicherungsschutzes

Das Mitglied ist im Rahmen des ALLGEMEINREGIMES versichert ab dem Datum, das festgelegt ist in der Annahme des Aufnahmegesuchs, welche die nachstehend festgelegte Karenzzeit berücksichtigt.

Art. 19 - Karenzzeit

1. a) Um Anrecht auf die Leistungen des ALLGEMEINREGIMES der CMCM zu haben, müssen die Mitglieder eine Karenzzeit von 3 Monaten einhalten.
b) In Abweichung zum vorhergehenden Unterabsatz a) ist keine Karenzzeit notwendig für die in Artikel 10 Absatz 2 des Leitungssatzes der CMCM festgelegten Leistungen, unter Einhaltung der in Artikel 3 aufgeführten Bedingungen.

2. Die Mitversicherten sind von der Karenzzeit befreit, wenn sie binnen 12 Monaten der CMCM als Mitglied beitreten:

- nach Erreichen der Altersgrenze, wie in Artikel 3 Absatz 2 Unterabsatz 3 vorgesehen,
- nach ihrem Zivilstandwechsel oder
- nach dem Verlust ihrer Mitversicherung.

Dies gilt auch für Mitglieder, die mindestens während den ihrem Eintritt in die CMCM vorausgehenden 12 Monaten bei einer von der Fédération Nationale de la Mutualité Française anerkannten Organisation oder bei einer Zusatzversicherungsorganisation versichert waren.

Art. 20 - Organisation der Finanzen

Um die Zahlung der Leistungen zu gewährleisten, bildet die CMCM in Eigenkapital eine satzungsmäßige Rücklage, die nicht unter der Hälfte des Jahresdurchschnitts liegen kann, welcher auf Basis der jährlichen Ausgaben der fünf vorangegangenen Geschäftsjahre vor dem laufenden Geschäftsjahr errechnet wird.

Art. 21 - Austritt

Das Mitglied kann auf eine Verlängerung der Mitgliedschaft verzichten gemäß den in Artikel 4 der vorliegenden Statuten vorgesehenen Formen und Bedingungen.

Art. 22 - Wiederaufnahme

Bei einer eventuellen Wiederaufnahme von ausgetretenen, von der Mitgliedsliste gestrichenen oder ausgeschlossenen Mitgliedern durch den Verwaltungsrat wird eine neue Karenzzeit von 12 Monaten angewandt, mit Ausnahme der im vorangehenden Artikel 19.2 aufgeführten Fälle.

UNTERKAPITEL III: PRESTAPLUS

Art. 23 - Gegenstand der Schutzleistung

Im Falle von leichten oder mittelschweren chirurgischen Eingriffen, einschließlich Geburten, wie in der Anlage I a) des Leistungssatzes der CMCM festgelegt, gewährt die CMCM Leistungen, die unter Punkt II des Leistungssatzes der CMCM vorgesehen sind, unter Vorbehalt der Anwendung von Artikel 16 Absatz 2 der Statuten, welcher festlegt, dass die Leistungen auf Basis der von der obligatorischen Krankenversicherung des Großherzogtums Luxemburg erbrachten Leistungen berechnet werden.

Art. 24 - Aufnahmebedingungen

Jedes Mitglied, das die Bedingungen in Artikel 3, 19 und 29 der vorliegenden Statuten erfüllt, ist im Rahmen der Garantie PRESTAPLUS versichert.

Art. 25 - Beginn des Versicherungsschutzes

Das Mitglied ist im Rahmen der Garantie PRESTAPLUS versichert ab dem Datum, das festgelegt ist in der Annahme des Aufnahmegesuchs, welche die nachstehend festgelegte Karenzzeit berücksichtigt.

Art. 26 - Karenzzeit

Die Karenzzeit beträgt 3 Monate ab dem 1. Tag des Monats nach dem Eingang des Aufnahmegesuchs, mit Ausnahme der Fälle, die in Artikel 19.2. von Kapitel V der Statuten genannt werden.

Art. 27 - Organisation der Finanzen

Um die Zahlung der Leistungen zu gewährleisten, bildet das Sonderregime PRESTAPLUS in Eigenkapital eine satzungsmäßige Rücklage, die nicht unter der Hälfte des Jahresdurchschnitts liegen kann, welcher auf Basis der jährlichen Ausgaben der fünf vorangegangenen Geschäftsjahre vor dem laufenden Geschäftsjahr errechnet wird.

Art. 28 - Austritt

Das Mitglied kann auf eine Verlängerung seiner Mitgliedschaft verzichten, indem es die CMCM bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres darüber in Kenntnis setzt.

Art. 29 - Wiederaufnahme

Im Falle einer Wiederaufnahme wird die im obigen Artikel 26 festgelegte Karenzzeit auf 12 Monate erhöht, mit Ausnahme der Fälle, die in Artikel 19.2. von Kapitel V der Statuten genannt werden.

UNTERKAPITEL IV: DENTA & OPTIPLUS

Art. 30 - Gegenstand der Schutzleistung

Die CMCM gewährt Leistungen, die unter Punkt III des Leistungssatzes der CMCM vorgesehen sind, unter Vorbehalt der Anwendung des oben genannten Artikels 11 Absatz 2, welcher festlegt, dass die Leistungen auf Basis der von der obligatorischen Krankenkasse des Großherzogtums Luxemburg erbrachten Leistungen berechnet werden.

Art. 31 - Aufnahmebedingungen

Die Garantie DENTA & OPTIPLUS kann jedes Mitglied nutzen, welches die Bedingungen der Artikel 3, 19 und 36 gemäß dieser Statuten erfüllt.

Art. 32 - Beginn des Versicherungsschutzes

Das Mitglied ist im Rahmen der Garantie DENTA & OPTIPLUS versichert ab dem Datum, das festgelegt ist in der Annahme des Aufnahmegesuchs, welche die nachstehend festgelegte Karenzzeit berücksichtigt.

Art. 33 - Karenzzeit

Die Karenzzeit beträgt 3 Monate ab dem 1. Tag des Monats nach dem Eingang des Aufnahmegesuchs, mit Ausnahme der Fälle, die in Artikel 19.2. des Kapitels V der Statuten genannt werden.

Art. 34 - Organisation der Finanzen

Um die Zahlung der Leistungen zu gewährleisten, bildet das Sonderregime DENTA & OPTIPLUS in Eigenkapital eine satzungsmäßige Rücklage, die nicht unter der Hälfte des Jahresdurchschnitts liegen kann, welcher auf Basis der jährlichen Ausgaben der fünf vorangegangenen Geschäftsjahre vor dem laufenden Geschäftsjahr errechnet wird.

Art. 35 - Austritt

Das Mitglied kann auf die Verlängerung seiner Mitgliedschaft verzichten, indem es die CMCM bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres darüber in Kenntnis setzt.

Art. 36 - Wiederaufnahme

Im Falle einer Wiederaufnahme wird die im obigen Artikel 33 festgelegte Karenzzeit auf 36 Monate erhöht, mit Ausnahme der Fälle, die in Artikel 19.2. der Statuten genannt werden.

KAPITEL VI: VERWALTUNG

DER VERWALTUNGSRAT

Art. 37

1. Die CMCM wird von einem Verwaltungsrat verwaltet und geleitet, der aus maximal 12 Mitgliedern besteht; darunter ein Vorsitzender, zwei stellvertretende Vorsitzende und ein Generalsekretär.

Die Mitglieder des Verwaltungsrats dürfen sich jeder nur für einen Posten bewerben. (Vorsitzender, stellvertretender Vorsitzender, Generalsekretär)

Der Verwaltungsrat der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise benennt intern ein zusätzliches Mitglied, welches die gleichen Rechte und Pflichten hat wie die gewählten Mitglieder ohne jedoch Mitglied des Vorstands zu sein.

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates muss gegen alle von der CMCM gedeckten Risiken versichert sein.

2. Die oben genannten Mitglieder haben ein Anrecht auf die Rückerstattung ihrer Fahrtkosten. Sitzungsgeld und Arbeitszeitaufwand können vom Verwaltungsrat gestimmt werden.
3. Die Mitglieder des Verwaltungsrates können sich bei der Erfüllung ihres Amtes von einem oder mehreren bezahlten Mitarbeitern unterstützen lassen.
4. Die Mitarbeiter unterliegen den gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen, welche für diesen Bereich gelten.
5. Die Eigenschaft des Mitarbeiters bei der CMCM ist unvereinbar mit dem Amt eines Mitgliedes des Verwaltungsrats und mit dem der Delegierten, wie aufgeführt unter Absatz 1 dieses Artikels.

6. Der Verwaltungsrat der CMCM bildet, um ihn in seinen Aufgaben zu unterstützen, einen Exekutivausschuss, deren Mitglieder dem Verwaltungsrat der CMCM angehören. Der Verwaltungsrat muss die Mitglieder dieses Exekutivausschusses ernennen und ihre Befugnisse festlegen. Der Generaldirektor und/oder sein Vertreter können den Verwaltungsrat in seinen Aufgaben unterstützen.

Ein Ausschuss für soziale Belange, der sich aus dem Exekutivausschuss mit einem Direktionsmitglied zusammensetzt, ist berechtigt, über Sonderfälle zu entscheiden, bei denen die Anwendung der Standardregeln hinsichtlich der Kostenübernahme zu Situationen führen würde, die gegen das Gerechtigkeitsprinzip und die Werte der Mutualität in Luxemburg verstoßen. Der mit der Entscheidung beauftragte Ausschuss für soziale Belange kann sich auf die Gutachten des Leiters der betroffenen Abteilung sowie der beratenden Ärzte berufen.

7. Der Verwaltungsrat kann sich technische Berater beordnen.

8. Die Lohnbedingungen der Mitarbeiter und technischen Berater werden vom Verwaltungsrat festgelegt.

Art. 38

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden von der Generalversammlung in einer geheimen Wahl gewählt, mit der relativen Mehrheit der abgegebenen Stimmen und nach den nachstehenden diesbezüglichen Bestimmungen.

Die Kandidaten werden unter den Mitgliedern der CMCM ausgewählt, welche ihre Probezeit für das Allgemeinregime und für das Sonderregime abgeschlossen haben, so wie es in den vorliegenden Statuten festgelegt ist.

Die Kandidatur muss 40 Tage vor dem für die Wahlen festgelegten Datum an den Vorsitzenden des Verwaltungsrats der CMCM eingereicht werden, dies vom Mutualitätsverein, in dem der Interessent als Mitglied eingeschrieben ist.

Die Kandidatur muss unbedingt die Unterschrift eines ordnungsgemäß bevollmächtigten Mitgliedes des Mutualitätsvereins tragen und die Gegenzeichnung des Bewerbers selbst.

Wenn die Zahl der Kandidaten nicht die Zahl der zu vergebenden Mandate übersteigt, sind alle Kandidaten von der Generalversammlung als per Akklamation gewählt zu erklären, unter Vorbehalt der im nachstehenden Artikel 39 vorgesehenen Bestimmungen.

Ist dies nicht der Fall, obliegt es der Generalversammlung, die Wahl der Kandidaten durchzuführen.

Zwanzig Tage vor der Generalversammlung muss der Vorsitzende allen Mutualitätsvereinen die Namen und Vornamen der Bewerber bekanntgeben, sowie die Namen der Vereine, welche diese vorgeschlagen haben.

Die Delegierten der Vereine beziehungsweise die Delegierten der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise erhalten anlässlich der Generalversammlung Stimmzettel mit den Namen der Kandidaten in alphabetischer Reihenfolge.

Jeder Delegierte verfügt über so viele Stimmen wie Mandate zu vergeben sind.

Unter Vorbehalt der im nachstehenden Artikel 39 vorgesehenen Bestimmungen werden die Kandidaten entsprechend den erhaltenen Stimmen gewählt, bis alle zu vergebenden Mandate im Verwaltungsrat besetzt sind.

Vereint der letzte zu besetzende Posten zwei oder mehr Kandidaten mit der gleichen Stimmzahl, gilt der Kandidat mit der längsten Mitgliedschaft bei der CMCM als gewählt.

Alle anderen Kandidaten sind nicht gewählt.

2. Die Hälfte der Mitglieder des Verwaltungsrats wird alle zwei Jahre erneuert. Die austretenden Mitglieder können wieder gewählt werden.

3. Im Falle des Todes oder des Rücktritts eines Mitgliedes wird die erste Generalversammlung den Posten besetzen. Der nach den Bestimmungen im vorhergehenden Absatz 1 gewählte Kandidat vollendet das Mandat des verstorbenen oder zurückgetretenen Mitgliedes.

Wenn Wahlen nicht stattfinden, weil die Zahl der Kandidaten nicht die Zahl der freien Mandate übersteigt, hat der Kandidat mit der längsten Mitgliedschaft bei der CMCM Anrecht auf das Mandat mit der längsten Dauer.

Wenn das Freiwerden eines oder mehrerer Mandate aufgrund eines Todesfalls oder Rücktritts eines oder mehrerer Mitglieder zusammenfällt mit dem Auslaufen von Mandaten, werden automatisch Wahlen durchgeführt. Die Verteilung der Mandate erfolgt entsprechend dem von den Kandidaten erhaltenen Resultate. Der Kandidat mit den meisten Stimmen hat Recht auf das Mandat mit der längsten Dauer.

Art. 39

Mit Ausnahme des in Artikel 37 Absatz 1 Unterabsatz 3 aufgeführten Mitgliedes ist das Amt des Mitgliedes des Verwaltungsrates der CMCM auch nicht vereinbar mit einem Amt als Mitglied des Verwaltungsrates oder als Wirtschaftsprüfer der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise.

Kein mutualistischer Hilfsverein darf mehr als einen Vertreter in den Verwaltungsrat entsenden und die Vertreter des Nationalen Dachverbands der Mutualitätsvereine in Luxemburg agieren nicht als Vertreter ihrer Gesellschaft.

Art. 40

Der Verwaltungsrat der CMCM wählt intern den Vorsitzenden, die stellvertretenden Vorsitzenden und den Generalsekretär.

Der Verwaltungsrat der CMCM überträgt die tägliche Geschäftsführung der CMCM sowie die Vertretung der CMCM, was die tägliche Geschäftsführung betrifft, an einen Generaldirektor, der gegen alle von der CMCM gedeckten Risiken versichert sein muss.

Art. 41

Der Vorsitzende beaufsichtigt und gewährleistet die Ausführung der Statuten. Ihm obliegt der reibungslose Ablauf der Versammlungen, er unterzeichnet alle Akte, Verordnungen oder Beschlüsse und vertritt die CMCM gerichtlich und außergerichtlich.

Die stellvertretenden Vorsitzenden vertreten im Verhinderungsfall den Vorsitzenden.

Für jedwede finanzielle Transaktion ist die CMCM rechtsverbindlich verpflichtet durch die doppelte Unterzeichnung des Vorsitzenden, eines stellvertretenden Vorsitzenden oder des Generalsekretärs einerseits und des Generaldirektors oder seines Vertreters andererseits.

Ungeachtet der vorhergehenden Bestimmungen benötigt die CMCM für alle Finanztransaktionen der täglichen Geschäftsführung der CMCM, einschließlich der von der CMCM für ihre Mitglieder erbrachten Leistungen, die rechtsverbindliche doppelte Zeichnungspflicht des Generaldirektors und seines Vertreters.

Für alle anderen Tätigkeiten der täglichen Geschäftsführung kann der Generaldirektor alleine verfügen.

Jede politische oder religiöse Diskussion innerhalb der CMCM ist streng untersagt.

Art. 42

1. Der Verwaltungsrat kommt jedes Mal zusammen, wenn er vom Vorsitzenden einberufen wird. Jedoch können fünf Mitglieder des Verwaltungsrates die Einberufung einer Sitzung dieses Rates fordern, innerhalb von 15 Tagen und unter Angabe der Tagesordnung. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
2. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist.
3. Er entscheidet mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltungen werden nicht mitgezählt. Bei Stimmengleichheit ist die Stimme des Vorsitzenden ausschlaggebend.
4. Wenn ein Mitglied des Verwaltungsrates drei Mal im Kalenderjahr unentschuldigt fehlt, gilt es rechtmäßig als zurückgetreten

Art. 43 - Kontrolle der Finanzverwaltungen

Die Kontrolle der Finanzlage, der Jahresbilanz und deren Konformität mit den Gesetzesvorschriften und Statuten wird einem zugelassenen Rechnungsprüfer übertragen, der vom Verwaltungsrat bestimmt wird.

GENERALVERSAMMLUNGEN

Art. 44

1. Jeder Mutualitätsverein, der Mitglied der CMCM ist, wird anlässlich der Generalversammlung von hierzu ordnungsgemäß ermächtigten Delegierten vertreten, die unter den Mitgliedern des Vereins auszuwählen sind und auf alle Leistungen des ALLGEMEINREGIMES der CMCM Anrecht haben.

Die Anzahl der Delegierten ist wie folgt festgesetzt:

- 1 Delegierter pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM 100 nicht überschreitet
- 2 Delegierte pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM zwischen 101 und 200 liegt
- 3 Delegierte pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM zwischen 201 und 400 liegt
- 4 Delegierte pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM zwischen 401 und 800 liegt
- 5 Delegierte pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM zwischen 801 und 1600 liegt
- 6 Delegierte pro Verein, dessen Mitgliederzahl bei der CMCM 1600 überschreitet.

Die Interessen der Mitglieder, die sich entschieden haben der CMCM beizutreten, indem sie einen Beitrag an die luxemburgische Mutualität bezahlt haben, werden auf der Generalversammlung der CMCM durch ordnungsgemäß ermächtigte Delegierte vertreten, welche in den Verwaltungsrat der Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise berufen worden sind. Die Anzahl der Delegierten ist wie folgt festgesetzt:

- 1 Delegierter für bis zu 100 Mitglieder
- 2 Delegierte für 101 - 200 Mitglieder
- 3 Delegierte für 201 - 400 Mitglieder
- 4 Delegierte für 401 - 800 Mitglieder
- 5 Delegierte für 801 - 1600 Mitglieder
- 6 Delegierte für mehr als 1600 Mitglieder

Die Delegierten der FNML dürfen nebenbei nicht als Delegierte ihres eigenen Mutualitätsvereins auf der Generalversammlung fungieren.

2. Die Delegierten eines gleichen Vereins beziehungsweise die Delegierten der FNML, können sich gegenseitig vertreten mittels einer formgerechten Vollmacht. Jeder Delegierte kann nur über eine Vollmacht verfügen.
3. Die ordentliche Generalversammlung, ordnungsgemäß 20 Tage im Voraus durch den Verwaltungsrat einberufen, ist beschlussfähig, unabhängig von der Anzahl der anwesenden oder vertretenen Delegierten.

Art. 45

1. Die ordentliche Generalversammlung findet im zweiten Quartal jeden Jahres statt. Sie wird den Mutualitätsvereinen mindestens 60 Tage im Voraus angekündigt.
2. Das Protokoll der gesamten Verwaltungsvorgänge der Geschäftsführung des vorangegangenen Jahres ist den Mutualitätsvereinen vom Verwaltungsrat 20 Tage vor der Versammlung zur Kenntnis zu bringen.
3. Die Namen der Kandidaten für die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates müssen den Mutualitätsvereinen 20 Tage vor dem für die Wahl festgelegten Datum mitgeteilt werden.
4. Der Vorsitzende kann von Amts wegen eine außerordentliche Generalversammlung einberufen. Er muss sie einberufen, entweder auf Anfrage des Verwaltungsrates oder auf Anfrage von mindestens einem Drittel der Mitgliedsvereine, innerhalb von maximal 30 Tagen.
5. Eine Einberufung der Delegierten einer außerordentlichen Generalversammlung muss 20 Tage vor dem Tag der Versammlung unter Angabe der Tagesordnung angekündigt werden.
6. Das Protokoll jeder ordentlichen oder außerordentlichen Generalversammlung ist den Mutualitätsvereinen zur Kenntnisnahme und Billigung zukommen zu lassen, innerhalb von 90 Tagen und in gleicher Anzahl von Exemplaren wie Delegierte von den Statuten vorgesehen sind, zuzüglich eines Exemplars für das Sekretariat des Vereins.
7. Jede Bemerkung oder jeder Einspruch sind dem Verwaltungsrat der CMCM mitzuteilen, innerhalb von 30 Tagen ab dem Versanddatum, zwecks Berichtigung.

KAPITEL VII: EINSPRÜCHE

Art. 46

1. Alle Probleme oder Einsprüche, die zwischen den Mitgliedern und dem Verwaltungsrat der CMCM auftreten könnten, werden von zwei von den beteiligten Parteien gewählten Schlichtern beurteilt. Sollte eine der beiden Parteien diese Ernennung versäumen, kann der Vorsitzende der CMCM dies vornehmen.
2. Falls zwischen den beiden Schiedsrichtern keine Einigkeit erzielt wird, erfolgt die Ernennung eines dritten Schiedsrichters durch die zwei ersten Schiedsrichter, oder, falls dies nicht geschieht, durch den Vorsitzenden des Nationalen Dachverbands der Mutualitätsvereine in Luxemburg. Die Entscheidung des Kollegiums der drei Schiedsrichter ist verbindlich.

KAPITEL VIII: ÄNDERUNGEN DER STATUTEN

Art. 47

1. a) Jegliche Änderung der vorliegenden Statuten und deren Anlagen kann nur von einer außerordentlichen Generalversammlung gestimmt werden, die den Mutualitätsvereinen mindestens 60 Tage im Voraus angekündigt wird und eigens zu diesem Zweck einberufen wird, mindestens 20 Tage im Voraus und unter ausdrücklicher Angabe der Tagesordnung.
b) Im Falle einer Änderung der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse, die eine Auswirkung auf die von der CMCM zu erbringenden Leistungen hat, wird die Frist von 60 Tagen auf 30 Tage verkürzt.
2. Jeder von einem Mutualitätsverein vorgebrachte Vorschlag zur Änderung der vorliegenden Statuten oder ihrer Anlagen muss dem Verwaltungsrat der CMCM mindestens 40 Tage vor dem für die außerordentliche Generalversammlung festgelegten Datum vorgelegt werden. Der Verwaltungsrat muss den integralen und ursprünglichen Text der vorgeschlagenen Statutenänderung, mit dem Namen des betreffenden Vereins, jedem Mutualitätsverein zur Kenntnis bringen, in gleicher Anzahl von Exemplaren wie Delegierte, zuzüglich eines Exemplars für das Sekretariat.
3. Anlässlich einer außerordentlichen Generalversammlung, die einberufen ist, um über eine Änderung der vorliegenden Statuten zu entscheiden, muss die Zahl der anwesenden oder vertretenen Delegierten in der außerordentlichen Generalversammlung die Mehrheit der Delegierten mit Wahlberechtigung erreichen. Wenn die für die Beschlussfähigkeit erforderliche Zahl nicht erreicht ist, wird eine zweite Versammlung innerhalb von 60 Tagen einberufen. Diese außerordentliche Generalversammlung ist beschlussfähig, ungeachtet der Zahl der anwesenden Mitglieder, dies jedoch nur bezüglich derselben Tagesordnung.
4. Um Gültigkeit zu erlangen, müssen die Beschlüsse der Versammlungen über Satzungsänderungen von einer Zweidrittelmehrheit der im Einklang mit den Bestimmungen dieser Statuten bezeichneten anwesenden oder vertretenen Delegierten getroffen werden.

KAPITEL IX: AUFLÖSUNG UND LIQUIDATION

Art. 48

1. Die Auflösung der CMCM kann nur in einer eigens zu diesem Zweck einberufenen Versammlung beschlossen werden, mindestens 30 Tage im Voraus und unter ausdrücklicher Angabe der Tagesordnung.
2. Diese Versammlung muss die Anwesenheitsmehrheit der Delegierten mit Stimmrecht erreichen. Wenn die für die Beschlussfähigkeit erforderliche bereits erwähnte Zahl nicht erreicht ist, wird eine zweite Versammlung innerhalb von 30 Tagen einberufen. Diese Versammlung ist beschlussfähig, ungeachtet der Zahl der anwesenden Mitglieder. Die Entscheidung muss eine Zweidrittelmehrheit der Delegierten vereinigen und vom Minister, der für die Mutualitätsvereine zuständig ist, bestätigt werden. Im Falle einer Auflösung wird die Liquidation gemäß den in Artikel 10 des Gesetzes vom 1. August 2019 über Mutualitätsvereine in seiner geänderten Fassung vorgeschriebenen Bedingungen durchgeführt.

KAPITEL X: DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Art. 49

Im Zusammenhang mit allen in diesen Statuten beschriebenen Aktivitäten der CMCM, einschließlich der in den Anhängen A, B und I beschriebenen Leistungen sowie im Zusammenhang mit allen bestehenden Vereinbarungen der Anhänge II, III und IV sowie allen zukünftig eingegangenen Vereinbarungen verpflichtet sich die CMCM, alle Daten ihrer Mitglieder und angeschlossenen Mitglieder, Angestellten, Zulieferer und Vertragspartner (wie z.B. Krankenhäuser in Luxemburg oder im Ausland) gemäß den Bestimmungen der neuen EU-Verordnung 2016/679, der sogenannten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die am 25. Mai 2018 in Kraft getreten ist, zu behandeln.

ANLAGE A: BEITRAGSSATZ DER CMCM

Fester Bestandteil der Statuten der CMCM

I. ALLGEMEINREGIME

Die Grundlage der Berechnung der höheren Mitgliedsbeiträge besteht auf dem Alter des Mitgliedes zum 1. Januar des Beitrittsjahres.

Die Beiträge werden wie folgt festgesetzt:

Alter beim Beitritt zum ALLGEMEINREGIME	Jährlicher Familienbeitrag
Vor dem Alter von 40 Jahren	28,25€*
Von 40 bis 59 Jahre	33,75€
Von 60 bis 69 Jahre	39,25€
Ab dem Alter von 70 Jahren	48,75€

* Alleinstehende Personen, welche vor Eintritt ihres 30. Lebensjahres Mitglied werden, erhalten einen Beitragsnachlass von 10%. Dieser Nachlass endet zum ersten Fälligkeitstermin:

- entweder in dem der Eheschließung oder Lebenspartnerschaft (gemäß des Gesetzes vom 9. Juli 2004 für die gesetzlichen Regelungen der Lebenspartnerschaften) folgenden Kalenderjahr
- oder im folgenden Kalenderjahr nach Eintritt des 30. Lebensjahres des Mitgliedes.

Für die Anrechnung des Beitragsnachlasses behält sich die CMCM das Recht vor, jederzeit die Vorlage einer von seiner Wohnsitzgemeinde ausgestellte Wohnsitzbescheinigung zu verlangen.

Dieser Beitragsnachlass ist nicht kombinierbar mit denen im Beitragssatz, Absatz IV, angegebenen Vergünstigungen für Arbeitgeber mit mehr als 500 Angestellten.

Die oben genannten Beträge sind gebunden an den Indexstand 100 der Lebenshaltungskosten.

Die Beiträge werden für das Beitragsjahr erhoben anhand des halbjährlichen Durchschnitts der Verbraucherpreisindexe auf Basis vom 1. Januar 1948, in Kraft am 1. September des vorangegangenen Jahres.

Die Fälligkeit und die Zahlung der Beiträge sind nach den Bestimmungen in Artikel 10 der Statuten der CMCM festgelegt.

II. PRESTAPLUS

Die Grundlage der Berechnung der höheren Mitgliedsbeiträge besteht auf dem Alter des Mitgliedes zum 1. Januar des Beitrittsjahres.

Die Beiträge werden wie folgt festgesetzt:

Alter beim Beitritt zur Garantie PRESTAPLUS	Jährlicher Familienbeitrag
Vor dem Alter von 40 Jahren	14,38 €*
Von 40 bis 59 Jahre	16,52 €
Von 60 bis 69 Jahre	17,85 €
Ab dem Alter von 70 Jahren	21,10 €

* Alleinstehende Personen, welche vor Eintritt ihres 30. Lebensjahres Mitglied werden, erhalten einen Beitragsnachlass von 10%. Dieser Nachlass endet zum ersten Fälligkeitstermin:

- entweder in dem der Eheschließung oder Lebenspartnerschaft (gemäß des Gesetzes vom 9. Juli 2004 für die gesetzlichen Regelungen der Lebenspartnerschaften) folgenden Kalenderjahr
- oder im folgenden Kalenderjahr nach Eintritt des 30. Lebensjahres des Mitgliedes.

Für die Anrechnung des Beitragsnachlasses behält sich die CMCM das Recht vor, jederzeit die Vorlage einer von seiner Wohnsitzgemeinde ausgestellte Wohnsitzbescheinigung zu verlangen.

Dieser Beitragsnachlass ist nicht kombinierbar mit denen im Beitragssatz Absatz IV angegebenen Vergünstigungen für Arbeitgeber mit mehr als 500 Angestellten.

Die oben genannten Beträge sind gebunden an den Indexstand 100 der Lebenshaltungskosten.

Die Beiträge werden für das Beitragsjahr erhoben anhand des halbjährlichen Durchschnitts der Verbraucherpreisindexe auf Basis vom 1. Januar 1948, in Kraft am 1. September des vorangegangenen Jahres.

Die Fälligkeit und die Zahlung der Beiträge sind nach den Bestimmungen in Artikel 10 der Statuten der CMCM festgelegt.

III. DENTA & OPTIPLUS

Die Grundlage der Berechnung der höheren Mitgliedsbeiträge besteht auf dem Alter des Mitgliedes zum 1. Januar des Beitrittsjahres.

Die Beiträge werden wie folgt festgelegt:

Alter beim Beitritt zur Garantie DENTA & OPTIPLUS	Jährlicher Familienbeitrag
Vor dem Alter von 40 Jahren	25,00 €*
Von 40 bis 59 Jahre	39,50 €
Von 60 bis 69 Jahre	45,50 €
Ab dem Alter von 70 Jahren	56,50 €

* Alleinstehende Personen, welche vor Eintritt ihres 30. Lebensjahres Mitglied werden, erhalten einen Beitragsnachlass von 10%. Dieser Nachlass endet zum ersten Fälligkeitstermin:

- entweder in dem der Eheschließung oder Lebenspartnerschaft (gemäß des Gesetzes vom 9. Juli 2004 für die gesetzlichen Regelungen der Lebenspartnerschaften) folgenden Kalenderjahr
- oder im folgenden Kalenderjahr nach Eintritt des 30. Lebensjahres des Mitgliedes.

Für die Anrechnung des Beitragsnachlasses behält sich die CMCM das Recht vor, jederzeit die Vorlage einer von seiner Wohnsitzgemeinde ausgestellte Wohnsitzbescheinigung zu verlangen.

Dieser Beitragsnachlass ist nicht kombinierbar mit denen im Beitragssatz, Absatz IV angegebenen Vergünstigungen für Arbeitgeber mit mehr als 500 Angestellten.

Die oben genannten Beträge sind gebunden an den Indexstand 100 der Lebenshaltungskosten.

Die Beiträge werden für das Beitragsjahr erhoben anhand des halbjährlichen Durchschnitts der Verbraucherpreisindexe auf Basis vom 1. Januar 1948, in Kraft am 1. September des vorangegangenen Jahres.

Die Fälligkeit und die Zahlung der Beiträge sind nach den Bestimmungen in Artikel 10 der Statuten der CMCM festgelegt.

IV. MITGLIEDSCHAFT DURCH DEN ARBEITGEBER

Es wird eine Mitgliedschaft durch den Arbeitgeber geschaffen, zu Gunsten der Arbeitgeber, die ihren Mitarbeitern (Minimum von 3 Angestellten) eine Mitgliedschaft bei der CMCM bieten möchten.

Unter Arbeitnehmer ist eine natürliche, angestellte Person zu verstehen, die ihre Arbeitskraft einer natürlichen oder juristischen Person zur Verfügung stellt, der sie sich gegen Bezahlung unterstellt.

Für die Mitgliedschaft durch den Arbeitgeber sind die Beiträge wie folgt festgesetzt:

Garantien	Jährlicher Familienbeitrag
ALLGEMEINREGIME	31,00 €*
PRESTAPLUS	15,45 €*
DENTA & OPTIPLUS	27,26 €*

Die vorgenannten Beiträge basieren auf dem Verbraucherpreisindex 100.

Die Beiträge werden, anhand des halbjährlichen Durchschnitts des Verbraucherpreisindex auf Basis vom 1. Januar 1948 erhoben, in Kraft getreten zum 1. September des Vorjahres.

Im Falle einer Mitgliedschaft durch den Arbeitgeber kann eine Vergünstigung auf den Beiträgen gewährt werden, die wie folgt festgelegt ist:

Mitgliederzahl	Vergünstigung
Von 15 bis 150 Arbeitnehmer	10%
Von 151 bis 500 Arbeitnehmer	15%
Von 501 bis 1000 Arbeitnehmer	20%
Von 1001 bis 1500 Arbeitnehmer	25%
Mehr als 1500 Arbeitnehmer	30%

*Alleinstehende Mitglieder, die der CMCM vor Vollendung ihres 30. Lebensjahrs beigetreten sind, erhalten zusätzlich zur Ermäßigung auf die Mitgliederbeiträge eine Ermäßigung von 10%, für Arbeitgeber bis zu 500 Arbeitnehmer. Diese Ermäßigung endet, je nachdem, welcher Fall früher eintritt:

- entweder im Kalenderjahr, das auf die zivile Eheschließung oder die Eintragung der Partnerschaft im Sinne des Gesetzes vom 9. Juli 2004 betreffend die gesetzliche Wirkung bestimmter Partnerschaften folgt.
- oder im Kalenderjahr, das auf die Vollendung des 30. Lebensjahr des Mitglieds folgt.

Für den gesamten vom Arbeitgeber abgeschlossenen Versicherungsschutz sind die Mitglieder von der Karenzzeit befreit, die in den Statuten der CMCM vorgesehen ist.

Jeder von Angestellten auf individueller Basis abgeschlossene Deckungsschutz, der nicht vom Arbeitgeber zu deren Gunsten abgeschlossen wurde, unterliegt den Bestimmungen der Satzung und dem normalen Gebührenverzeichnis, mit Ausnahme der Karenzfristen, von denen sie befreit sind.

Wenn der Arbeitgeber seine Verpflichtung beenden möchte oder wenn das Arbeitsverhältnis beendet wird, entweder aufgrund einer Entlassung oder aufgrund einer Kündigung seitens des Arbeitnehmers, hat das Mitglied die Möglichkeit, seine Mitgliedschaft zu behalten zu den üblichen Tarifbedingungen, unter Berücksichtigung des Alters des Mitgliedes zum günstigsten Beitrittsdatum; dieses kann entweder das Datum der Mitgliedschaft durch den Arbeitgeber oder das persönliche Beitrittsdatum im Falle einer vorher bestehenden individuellen Mitgliedschaft sein.

V. ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN

a) ALLGEMEINREGIME

1. Mitglieder, die sich zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses der „Caisse Chirurgicale Mutualiste“ mit der „Caisse Dentaire Mutualiste“ nicht für die Versicherung für medizinische und chirurgische Risiken (risque médico-chirurgical) entschieden haben, sind ausgeschlossen von allen Leistungen, die über das hinausgehen, was die vorliegenden Statuten im Falle eines chirurgischen Eingriffs vorgesehen.

Das Gleiche gilt für die in den Anhängen III und IV des Leistungsverzeichnisses und den im Rahmen des in Kapitel V der Statuten beschriebenen Sonderregimes angebotenen vertraglichen Leistungen.

2. In Abweichung zu Punkt I des vorliegenden Satzes sind die Beiträge für die im vorgenannten Paragraph 1. aufgeführten Mitglieder auf 14,55 € pro Jahr zum Indexstand 100 festgelegt.

b) GARANTIE PRESTAPLUS

1. Für die Mitglieder, die zum 31. Dezember 1993 die Garantie PRESTAPLUS abgeschlossen hatten, und in Abweichung zu Punkt II des vorliegenden Satzes, werden die Beiträge nach dem Alter des Mitgliedes zu seinem letzten Beitritt zur CMCM festgelegt.
2. Die Mitglieder, die sich nicht am 30. Juni 1996 für die kumulierten Risiken entschieden haben, können weiterhin vom gewählten Risiko profitieren.

Für diese Mitglieder wird der Jahresbeitrag zum Indexstand 100, in Abweichung zum vorstehenden Punkt II, berechnet wie folgt:

Jährlicher Familienbeitrag		
Alter beim Beitritt zur Garantie PRESTAPLUS	Rückerstattung der Arzthonorare	Leistungen bei Krankenhaus-aufenthalt
Vor dem Alter von 40 Jahren	4,43 €	9,95 €
Von 40 bis 59 Jahre	5,47 €	11,05 €
Von 60 bis 69 Jahre	6,01 €	11,84 €
Ab dem Alter von 70 Jahren	8,44 €	12,66 €

ANLAGE B: LEISTUNGSSATZ DER CMCM

Fester Bestandteil der Statuten der CMCM

Die Leistungen, die nach dem Indexstand 100 der Lebenshaltungskosten festgelegt sind, werden an die Schwankungen des sogenannten Indexstandes angepasst, nach den geltenden Bestimmungen der Gesetzgebung über die Gehälter der Staatsbeamten.

I. ALLGEMEINREGIME

KAPITEL I: LEISTUNGEN IM GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG

UNTERKAPITEL I: LEISTUNGEN IM FALLE EINES KRANKENHAUS- AUFENTHALTES UND EINES AMBULANTEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFES

Art. 1 - Krankenhausaufenthaltskosten

1. Die CMCM gewährt in einer 2. Klasse mit zwei Betten einen Pauschalbetrag pro Tag von 2,70€ zum Indexstand 100 während einer maximalen Dauer von 30 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Im Falle eines leichten oder mittelschweren chirurgischen Eingriffes gilt dieser Pauschalbetrag für die von der Krankenversicherung genehmigte Krankenhausaufenthaltsdauer.
3. Die CMCM gewährt pro Tag einen Pauschalbetrag in Höhe der Differenz zwischen den Aufenthaltskosten in einer 1. Klasse mit Badezimmer und der Rückerstattung durch die Krankenversicherung in einer 2. Klasse mit zwei Betten, bis zu einer Maximalbeteiligung pro Tag von 13€ zum Indexstand 100:
 - a) für die von der Krankenversicherung genehmigte Krankenhausaufenthaltsdauer bei einem schweren chirurgischen Eingriff, aufgeführt in der Anlage I b) des vorliegenden Leistungssatzes der CMCM;
 - b) für die Krankenhausaufenthaltsdauer, festgelegt in der Anlage I c) des Leistungssatzes der CMCM;
 - c) für die von der Krankenversicherung genehmigte Krankenhausaufenthaltsdauer im Falle eines chirurgischen Eingriffes bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen;
 - d) für einen Krankenhausaufenthalt ohne chirurgischen Eingriff oder schwere medizinische Behandlung bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen, während einer Maximaldauer von 30 Tagen pro Kalenderjahr.
4. Aufenthalt im Überwachungsraum oder in der Tagesklinik.
Im Falle eines chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung gewährt die CMCM einen Pauschalbetrag pro Tag von 1,35€ zum Indexstand 100 für einen Krankenhausaufenthalt zur Beobachtung oder in einer Tagesklinik aufgenommene Personen.

Ohne chirurgischen Eingriff oder schwere medizinische Behandlung gewährt die CMCM einen Pauschalbetrag pro

Tag von 1,35€ zum Indexstand 100, für einen Krankenhausaufenthalt zur Beobachtung oder in einer Tagesklinik während einer maximalen Dauer von 5 Tagen pro Kalenderjahr.

Art. 2 - Arzthonorare

1. Die CMCM erstattet die ungedeckten Kosten bei einem ambulanten chirurgischen Eingriff bis zu der in Artikel 35 der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse vorgesehenen persönlichen Beteiligung.
2. Im Falle eines chirurgischen Eingriffs erstattet die CMCM die ungedeckten Kosten bei den Arzt- und Zahnarzthonoraren gemäß den Tarifen der 2. Klasse.
3. Die CMCM erstattet die ungedeckten Kosten bei den Arzt- und Zahnarzthonoraren gemäß den Tarifen der 1. Klasse im Falle eines Krankenhausaufenthaltes:
 - a) mit einem schweren chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung;
 - b) mit einem chirurgischen Eingriff bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen;
 - c) ohne chirurgischen Eingriff oder schwere medizinische Behandlung bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen, während einer Maximaldauer von 30 Tagen pro Kalenderjahr.
4. Im Falle eines chirurgischen Eingriffes im Großherzogtum durch einen Universitätsprofessor aus dem Ausland, der von der Krankenversicherung und vom Vertrauensarzt der CMCM ordnungsgemäß bevollmächtigt ist, erstattet die CMCM die ungedeckten Kosten bei den Arzthonoraren, gemäß dem zweifachen Betrag der im Großherzogtum angewandten Arzt- und Zahnarzttarife für einen Krankenhausaufenthalt in einer 2. Klasse.

Art. 3 - Äußere und innere Prothesen

1. Die CMCM erstattet die Kosten für äußere Prothesen bis zu 40% eines Höchstbetrages von 1.500 €.

Unter Vorbehalt der Bestimmungen von Artikel 14 Absatz b) der vorliegenden Statuten ist die Erneuerungsfrist der äußeren Prothesen, die nach einer chirurgischen Behandlung benötigt werden, dieselbe wie diejenige, welche von der Krankenversicherung angewandt wird.

2. Die CMCM erstattet die Kosten für innere Prothesen bis zu 40% eines Höchstbetrages von 1.500 €.
3. In Abweichung zu den oben aufgeführten Bestimmungen übernimmt die CMCM die Kosten zur Anschaffung einer von der Krankenversicherung genehmigten Perücke nach einer Chemotherapie- oder Radiotherapiebehandlung sowie im Falle einer Alopecia areata.

Die CMCM erstattet die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 200 €.

Art. 4 - Aufenthaltskosten für die Begleitperson

Die CMCM übernimmt die Kosten für die Begleitperson bis zu einer Höhe von 10 € zum Indexstand 100 für die Aufenthaltskosten für die Begleitperson während der von der CMCM genehmigten Aufenthaltsdauer für den sich im Krankenhaus befindenden Versicherten, im Falle:

- a) eines schweren chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung;
- b) eines Krankenhausaufenthaltes bei einem Kind von weniger als 18 Jahren;
- c) eines chirurgischen Eingriffes bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen;
- d) eines Krankenhausaufenthaltes ohne chirurgischen Eingriff oder schwere medizinische Behandlung bei Versicherten, welche die Sonderzulage für schwerbehinderte Personen beziehen und die im Rahmen des Gesetzes vom 19. Juni 1998 vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen, während einer Maximaldauer von 30 Tagen pro Kalenderjahr;
- e) einer Entbindung;
- f) eines Krankenhausaufenthaltes im Rahmen der Sterbebegleitung eines versicherten Mitglieds bis zu einer maximalen Dauer von insgesamt 10 Tagen, sofern der Krankenhausaufenthalt im Zeitraum von 60 Tagen vor dem Versterben des versicherten Mitglieds (auf Vorlage einer Sterbeurkunde) stattgefunden hat.

Art. 5 - Kuren

- a) Nach einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung beteiligt sich die CMCM an einer einzigen, von der Krankenversicherung genehmigten Kur, unter der Voraussetzung, dass die Kur binnen 12 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt beginnt. Die Beteiligung beträgt in diesem Fall maximal 3,56€, Index 100, pro Tag für die Dauer von 21 Tagen.
- b) Die CMCM beteiligt sich an den ungedeckten Kosten einer einzigen von der Krankenversicherung genehmigten Kur bei krankhaftem Übergewicht, dies bis zu 20% des offiziellen Tarifs des luxemburgischen Sozialversicherungsträgers.
- c) Die CMCM beteiligt sich an den ungedeckten Kosten einer von der Krankenversicherung genehmigten spezifischen postoperativen Behandlung nach einem Adipositas-Chirurgieeingriff, dies bis zu 20% des offiziellen Tarifs des luxemburgischen Sozialversicherungsträgers.

Art. 6

a) Sonstige Auslagen

Die CMCM erstattet während einer Dauer von 90 Tagen vor und 180 Tagen nach der eigentlichen, von der Krankenversicherung übernommenen, medizinisch-chirurgischen Behandlung, die ungedeckten Kosten bei Arzneimitteln und Heilgymnastik im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung gemäß den von der Krankenversicherung angewandten offiziellen Tarifen.

b) Vor- und Nachbehandlungskosten

Während dem in Artikel 16 Absatz 6 der Statuten vorgesehenen prä- und postoperativen Zeitraum von 90 Tagen können die Kosten für eventuelle, auch wiederholte Krankenhausaufenthalte, welche in direktem Zusammenhang mit dem eigentlichen chirurgischen Eingriff oder der schweren medizinischen Behandlung stehen, übernommen werden. Eine Kostenübernahme gemäß den offiziellen Tarifen und während der in der Anlage I c) des Leistungssatzes der CMCM aufgeführten maximalen Krankenhausaufenthaltsdauer ist allerdings nur gewährleistet bei Vorlegung einer diesbezüglichen Bescheinigung seitens des behandelnden Arztes und eines positiven Gutachtens des Vertrauensarztes.

c) Reedukation und funktionelle Wiederherstellung

Die von der Krankenversicherung genehmigten Behandlungen in einem Reha-Zentrum im Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff oder der schweren medizinischen Behandlung werden übernommen bis zu einer Maximalbeteiligung von 2,70 € zum Indexstand 100 pro Tag, während einer Dauer von 90 Tagen vor und 360 Tagen nach der eigentlichen medizinisch-chirurgischen Behandlung.

d) Refraktive Chirurgie

Die CMCM beteiligt sich bei Genehmigung durch die Krankenversicherung an den ungedeckten Arztkosten im Zusammenhang mit einem refraktiv-chirurgischen Eingriff bis zu einem Pauschalbetrag von 100 € zum Indexstand 100 pro Auge.

e) Künstliche Befruchtung (FIV)

Die CMCM beteiligt sich an den ungedeckten Arzt- und Nebenkosten im Zusammenhang mit einer Künstlichen Befruchtung (FIV) bis zu einem Pauschalbetrag von 450 € pro Behandlung, egal welche Technik angewandt wird.

f) Hörapparate

Die CMCM übernimmt bei Genehmigung durch die Krankenversicherung die Kosten für Hörapparate bis zu einem Maximalbetrag von 200 €.

Die Reparaturkosten werden nicht übernommen.

g) Orthopädische Schuhe

Die CMCM übernimmt bei Genehmigung durch die Krankenversicherung die Kosten für orthopädische Schuhe bis zu einem Maximalbetrag von 100 €.

h) Häusliche Pflege

Die CMCM erstattet die ungedeckten Kosten für die häusliche Pflege im Zusammenhang mit einem von der Krankenversicherung übernommenen chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung bis zur Höhe des offiziellen Tarifs und einem Jahreshöchstsatz von 50 € pro Mitglied während 30 Tagen nach dem betreffenden medizinisch-chirurgischen Eingriff.

i) Präventivmedizin

1) Medizinische Analysen

Die CMCM erstattet die folgenden Maximalbeträge:

- 100 € für die vorgeburtliche Untersuchung auf Chromosomen-Abnormalitäten anhand des Blutbildes der Mutter (Trisomie 13, 18, 21)
- 50 € für die Bestimmung des RHD-Gens anhand des Blutbildes der Mutter
- 30 € für den Risikomarker für kardiovaskuläre Krankheiten „Berechnen des Index Omega 3“
- 30 € für den Risikomarker für kardiovaskuläre Krankheiten „Lp-PLA2-Enzym“
- 20 € für einen immunologischen Stuhltest (iFOBT) zur Früherkennung von Darmkrebs.

2) Osteopathie

Die CMCM erstattet die Kosten einer osteopathischen Behandlung bei einem staatlich anerkannten Osteopathen, bis zu einem Höchstbetrag von 50 € pro Kalenderjahr.

3) Chiropraktik

Die CMCM übernimmt die Kosten für Behandlungen durch einen ausgebildeten Diplom-Chiropraktiker bis zu einem Höchstbetrag von 50 € pro Kalenderjahr.

4) Kardiologie

Belastungstest:

Die CMCM beteiligt sich bei Genehmigung durch die Krankenversicherung an den ungedeckten Kosten eines Belastungstests bis zu einem Höchstbetrag von 15 € pro Kalenderjahr.

5) Impfungen

30 € für Hepatitis-A- oder Hepatitis-B-Impfungen.

UNTERKAPITEL II: LEISTUNGEN FÜR ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Art. 7

1. Die Beteiligung der CMCM beschränkt sich auf die Leistungen für zahnärztliche Behandlungen, die in der offiziellen Nomenklatur der CNS aufgeführt sind.
2. In Abweichung zu Artikel 14 Absatz g) der Statuten der CMCM werden die nachstehend in Artikel 8 und 9 vorgesehenen Leistungen auch gestattet, wenn sie nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.

Art. 8

1. Unter Vorbehalt der oben erwähnten Bestimmungen in Artikel 7 übernimmt die CMCM die ungedeckten Kosten der offiziellen Tarife der folgenden Leistungen:

a) Zahnärztliche Behandlungen

- 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) Zahnextraktionen

- 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) Chirurgische Zahnextraktionen

- DS88 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée
- DS89 Extraction chirurgicale d'une canine incluse
- DS90 Extraction chirurgicale d'odontoides ou de dents sur-numéraires inclus ou enclavés, germectomie
- DS91 Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires
- DS92 Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse
- DS93 Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)
- DS94 Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus
- DS95 Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire
- DS96 Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie

2. Orthodontie

a) Vorbehaltlich der Bestimmungen des o. s. Artikels 7 erstattet die CMCM die Differenz zwischen den in der Nomenklatur der CNS aufgeführten offiziellen Preisen und den von der Krankenversicherung erstatteten Kosten für folgende Leistungen:

- DT10 Moulages d'orthodontie fournis à la caisse
- DT11 Examen de la position des dents avec moulages
- DT21 Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif
- DT22 Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif

- DT23 Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction
- DT31 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil
- DT32 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période
- DT33 Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois à la fin de cette période
- DT34 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21^e mois du traitement
- DT35 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27^e mois du traitement
- DT36 Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle
- DT46 Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou 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

b) Vorbehaltlich der Bestimmungen des o. s. Artikels 7 erstattet die CMCM dem Versicherten die Kosten bis zu einem Betrag, der dem Unterschied zwischen den in der Nomenklatur der CNS aufgeführten offiziellen Preisen und den von der Krankenversicherung erstatteten Kosten entspricht; hierbei gilt, dass diese Beteiligung nicht weniger als 20 % des offiziellen Tarifs betragen darf.

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

3. Unter Vorbehalt der Bestimmungen im vorangehenden Artikel 7 erstattet die CMCM für folgende Positionen die nachstehenden Maximalbeträge:

Zahnärztliche Behandlungen

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

4. In Abweichung zu den im vorstehenden Artikel 7 aufgeführten Bestimmungen übernimmt die CMCM den nachstehenden Maximalbetrag:

a) Parodontalchirurgie:

90 € pro Halbbogen und jeweils für einen Zeitraum von 5 Jahren

b) Zahnimplantate:

150 € pro Zahnimplantat

c) die CMCM beteiligt sich an den Kosten für Vollnarkosen

(einschließlich MEOPA) bis zu einem Höchstbetrag von 100 € bei Kindern unter 14 Jahren für sämtliche Behandlungen, die im zweiten Teil der Nomenklatur mit den Leistungen der Ärzte und Zahnärzte aufgeführt sind.

Art. 9

Unter Vorbehalt der Anwendung von Artikel 14 Absatz i) der Statuten der CMCM und des vorstehenden Artikel 7 übernimmt die CMCM die ungedeckten Kosten für zahnmedizinische Leistungen bis zu folgenden Maximalbeträgen:

1. Herausnehmbarer Zahnersatz

DA11	Plaque base en résine synthétique	50 €
DA12	Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée	50 €
DA13	Prothèse à squelette (à l'exception d'une seule dent et avec au minimum deux moyens d'attache)	140 €
DA21	Empreinte par porte empreinte individuel	10 €
DA22	Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	18 €
DA23	Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic	18 €
DA31	Dent prothétique	20 €
DA32	Dent contreplaquée	8 €
DA33	Facette or	12 €
DA37	Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle	18 €
DA42	Crochet simple	5 €
DA43	Crochet de type compliqué	18 €
DA44	Crochet de prothèse squelettique	18 €
DA45	Attachements	40 €
DA52	Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus)	50 €
DA64	Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte	18 €

Für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz werden 20% des offiziellen Tarifs übernommen.

2. Festsitzender Zahnersatz

DB23	Couronne à facette	85 €
DB25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	90 €
DB26	Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe	40 €
DB28	Inlay servant de pilier de bridge	40 €
DB31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne	40 €
DB33	Couronne jacket en porcelaine	85 €
DB36	Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé	5 €
DB37	Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris	13 €
DB47	Élément de bridge céramo-métallique	85 €

Die CMCM übernimmt bei festsitzendem provisorischen Zahnersatz die Kosten für die 12 oberen und unteren Vorderzähne bis zu einem Höchstbetrag von 13 € pro Element, d.h.:

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

Die CMCM übernimmt die kostbaren Materialien bis zu einem Höchstbetrag von 45 € pro Element für folgende Positionen:

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

3. Leistungen, die der Unfallversicherung vorbehalten sind

DW18	Reconstitution large d'une dent sur pivot	18 €
DW19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin	18 €
DW20	Prothèse à squelette en métal non précieux	140 €
DW21	Crochet de type compliqué, métal non précieux	18 €
DW23	Couronne à facette	85 €
DW25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe	90 €
DW28	Inlay servant de pilier de bridge	40 €
DW31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne	40 €

KAPITEL II: LEISTUNGEN IM AUSLAND

Art. 10 - Allgemeine Bestimmungen

1. Für medizinische oder zahnärztliche Behandlungen im Ausland, die im Vorfeld genehmigt wurden, erbringt die CMCM folgende Leistungen:

- Bei einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung, wie in der Anlage I des Leistungssatzes der CMCM aufgeführt, mit oder ohne Krankenhausaufenthalt, werden die Leistungen gemäß den nachfolgenden Artikeln 11 bis 14 erbracht.
- Im Falle von zahnärztlichen Behandlungen werden die Leistungen gemäß den vorgenannten Artikeln 7 bis 9 erbracht.
- Im Falle eines Facharztbesuches im Ausland, der im Vorfeld genehmigt wurde, werden die Leistungen gemäß dem nachfolgenden Artikel 14 Absatz f erbracht.
- Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes für eine medizinische Behandlung werden die Leistungen gemäß dem nachfolgenden Artikel 14 a) Absatz 3) erbracht.
- Im Falle einer Künstlichen Befruchtung (FIV) werden die Leistungen gemäß dem nachfolgenden Artikel 14 h) erbracht.

2. Für eine dringende Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland erbringt die CMCM folgende Leistungen, die im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls notwendig sind:

- Im Falle einer Hilfeleistung und eines Krankenhausaufenthaltes werden die Leistungen gemäß des „Contrat d'assistance“ erbracht, aufgeführt in der Anlage III des vorliegenden Leistungssatzes der CMCM.
- Im Falle eines ambulanten chirurgischen Eingriffs werden die Leistungen gemäß Artikel 14 der vorliegenden Statuten erbracht.
- Im Falle einer Behandlung ohne chirurgischen Eingriff übernimmt die CMCM die ungedeckten Arzt- und Nebenkosten sowie die Kosten für zahnärztliche Behandlung, nach Rückerstattung der Krankenkasse, bis zu einem Maximalbetrag von 1.250 € pro Kalenderjahr. Personen, die keinen Anspruch auf den im Regime CMCM-Assistance vorgesehenen Schutz haben, können im Falle einer ambulanten Behandlung oder eines Krankenhausaufenthaltes die unter Artikel 10.2 c) beschriebenen Leistungen in allen Ländern der Welt mit Ausnahme des Großherzogtums Luxemburg und mit einer Entfernung von mehr als 50 km von ihrem Heimatort in Anspruch nehmen, nachdem ein befürwortendes Gutachten durch den beratenden Arzt ausgestellt wurde.
- Falls medizinisch erforderlich, erstattet die CMCM die ungedeckten Krankentransportkosten und Bergungskosten bis zu einem Maximalbetrag von 2.500 € pro Kalenderjahr.

3. Die CMCM übernimmt die Kosten:
 - a) entweder indem sie die Kosten nach der Methode des „tiers payant“ übernimmt (Rückzahlung auf dem Direktweg);
 - b) oder indem sie die vom Versicherten ganz oder teilweise vorgestreckten Ausgaben an diesen zurückzahlt. (Rückzahlung an den Versicherten selbst).
4. Die Leistungen können auf keinen Fall den Fehlbetrag übersteigen, der vom Mitglied nach der Beteiligung der Krankenkasse zu bezahlen ist.
5. Die im Zusammenhang mit diesem Kapitel stehenden Leistungen sind nicht kumulierbar mit den Leistungen der Garantie PRESTAPLUS, die nachfolgend unter Punkt II aufgeführt wird.
6. Der prä- und postoperative Zeitraum im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung im Ausland beträgt 90 Tage vor und 180 Tage nach dem medizinisch-chirurgischen Eingriff.
7. Die in den Artikeln 11 bis 14 vorgesehenen Leistungen beziehen sich auf:
 - Empfänger, die auf dem Gebiet des Großherzogtums Luxemburg wohnhaft sind
 - Empfänger, die in den Grenzregionen wohnhaft sind, wenn sie mehr als 50 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt sind, außerhalb des Großherzogtums Luxemburg.

Für alle anderen Personen gelten die Leistungen, die in Artikel 16 der Statuten vorgesehen sind sowie in den Artikeln 1 bis 9 des Leistungssatzes der CMCM.

8. Liegt die Bescheinigung S2/E112, ausgestellt von der Nationalen Gesundheitskasse, nicht vor, ist die Zustimmung des Vertrauensarztes der CMCM notwendig für die in den Artikeln 11 bis 14 des Leistungssatzes der CMCM angesprochenen Leistungen.

Art. 11 - Rückzahlung auf dem Direktweg (tiers payant)

1. Die Beteiligung der CMCM über die Rückzahlung auf dem Direktweg (tiers payant) mittels „Bon de prise en charge“ findet in den Krankenhäusern und Zentren statt, mit denen die CMCM diesbezügliche Abkommen hat oder haben wird.
2. a) Um von den nachstehend aufgeführten Leistungen profitieren zu können, muss die CMCM im Vorfeld die medizinisch-chirurgischen Behandlungen im Ausland genehmigen, wie sie im vorangehenden Artikel 10 Absatz 1 a) angeführt sind.

Zu diesem Zweck ist im Vorfeld eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen, welche die Notwendigkeit dieser Behandlung belegt und die von der Gesundheitskasse ausgestellte Bescheinigung S2/E112.

- b) Bei einer dringenden Überweisung ins Ausland wegen plötzlicher Krankheit oder Unfall muss die im vorstehenden Absatz erwähnte Bescheinigung jedoch so schnell wie möglich bei der CMCM nachgereicht werden.

3. Abweichung:
Wenn die Genehmigung seitens der CMCM nicht binnen des im vorstehenden Absatz 2 vorgesehenen Zeitraumes beantragt wurde, kann der Versicherte die gleichen Leistungen beanspruchen, wie im nachstehenden Artikel 18 vorgesehen, dies auf Vorlegung quittierter Rechnungen eines Krankenhausaufenthaltes in einem Spital oder Klinikzentrum, mit dem die CMCM dementsprechende Abkommen getroffen hat oder treffen wird.

Art. 12

1. Unter Vorbehalt der Bestimmungen im vorangehenden Artikel 11 übernimmt die CMCM Untersuchungs-, Arzt-, Operations-, Krankenhausaufenthalts- und Nebenkosten gemäß den Bestimmungen nachfolgender Abkommen, welche in der Anlage II des Leistungssatzes der CMCM in extenso abgedruckt sind und nachstehend aufgezählt sind:
 - 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. Zusätzlich zu den im vorstehenden Absatz aufgeführten Leistungen beteiligt die CMCM sich an den Kosten für:

a) Äußere und innere Prothesen

1. Die CMCM erstattet die Kosten für äußere Prothesen bis zu 40% eines Höchstbetrages von 1.500 €.

Unter Vorbehalt der Bestimmungen von Artikel 14 Absatz b) der Statuten ist die Erneuerungsfrist der äußeren Prothesen, die nach einer chirurgischen Behandlung benötigt werden, dieselbe wie diejenige, welche von der Krankenversicherung angewandt wird.

2. Die CMCM erstattet die Kosten für innere Prothesen bis zu 40% eines Höchstbetrages von 1.500 €.

3. In Abweichung zu den oben aufgeführten Bestimmungen übernimmt die CMCM die Kosten zur Anschaffung einer von der Krankenversicherung genehmigten Perücke nach einer Chemotherapie- oder Radiotherapiebehandlung sowie in Fällen von Alopecia areata. Die Rückerstattung durch die CMCM ist auf den Höchstbetrag von 200 € begrenzt.

b) Aufenthaltskosten für die Begleitperson

Die CMCM erstattet die Aufenthaltskosten für die Begleitperson für einen Höchstbetrag von 10 € zum Indexstand 100 pro Tag während der von der CMCM genehmigten Aufenthaltsdauer für den sich aufgrund eines chirurgischen Eingriffs oder einer schweren medizinischen Behandlung im Krankenhaus befindenden Versicherten gegen Vorlage der diesbezüglichen quittierten Originalrechnungen.

Die Aufenthaltskosten für die Begleitperson werden nicht erstattet für den Aufenthalt eines Versicherten in einem Reha-Zentrum.

c) Kuren

Die CMCM übernimmt eine Maximalbeteiligung von 2€ zum Indexstand 100 pro Tag während einer Dauer von 21 Tagen an einer einzigen, von der Krankenversicherung genehmigten Kur infolge eines chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung unter der Bedingung, dass die Kur binnen 12 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt beginnt.

d) Reisekosten und Kosten für medizinisch betreute Transporte

Im Falle einer medizinisch-chirurgischen Behandlung, wie im vorstehenden Artikel 11 vorgesehen, gewährt die CMCM dem Versicherten, und bei Krankenhausaufenthalt des Versicherten ebenfalls einer Begleitperson, gemäß zurückgelegter Distanz (hin und zurück), einen einmaligen Pauschalbetrag in Höhe von:

- 30 € bei einer Strecke von mehr als 200 km;
- 45 € bei einer Strecke von mehr als 300 km;
- 60 € bei einer Strecke von mehr als 400 km;
- 75 € bei einer Strecke von mehr als 500 km.

In Abweichung des vorstehenden Unterabsatzes, sind die oben aufgeführten Pauschalbeträge für Serienbehandlungen nur einmal pro Kalendermonat geschuldet.

Bei einer medizinisch-chirurgischen Behandlung gemäß vorherigem Artikel 11 werden die Kosten für den von der Krankenversicherung genehmigten Transport per Ambulanz, Hubschrauber oder Sanitärflugzeug bis zu 30% des offiziellen Tarifs übernommen.

Kosten für Taxifahrten werden nicht von der CMCM übernommen.

e) Rückführungskosten

In der Annahme, dass die Genehmigung der Überweisung gemäß den Bestimmungen dieses Artikels erfolgt ist, übernimmt die CMCM die Rückführungskosten des Verstorbenen bis zu einem Höchstbetrag von 1.240 €.

f) Sonstige Auslagen

Die CMCM erstattet, während einer Dauer von 90 Tagen vor und 180 Tagen nach der im vorstehenden Artikel 11 vorgesehenen medizinisch-chirurgischen Behandlung, die ungedeckten Kosten bei Arzneimitteln und Heilgymnastik im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung gemäß den von der Krankenversicherung angewandten offiziellen Tarifen.

g) Vor- und Nachbehandlungskosten

Außer den unter Punkt f) aufgeführten Leistungen, gelten dieselben Zeiträume für die Rückzahlung der Krankenhausaufenthaltskosten, gemäß den offiziellen Tarifen oder entsprechend den im vorstehenden Absatz 1 erwähnten Abkommen, bei eventuellen, auch wiederholten Krankenhausaufenthalten in direktem Zusammenhang mit dem eigentlichen chirurgischen Eingriff oder der schweren medizinischen Behandlung bis zu der in Anlage I c) des

Leistungssatzes der CMCM vorgesehenen maximalen Aufenthaltsdauer.

Zu diesem Zweck ist es unerlässlich, eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen, aus der hervorgeht, dass der Krankenhausaufenthalt in direktem Zusammenhang mit dem jeweiligen chirurgischen Eingriff oder der jeweiligen schweren medizinischen Behandlung steht. Auch muss das positive Gutachten seitens des Vertrauensarztes der CMCM vorliegen.

Art. 13 - Rückzahlung an den Versicherten selbst

Bei den im vorstehenden Artikel 10 Absatz 1a) erwähnten Leistungen für medizinisch-chirurgische Behandlungen in einem Krankenhaus im Ausland mit dem die CMCM keines der in der Anlage II des Leistungssatzes der CMCM aufgeführten Abkommen getroffen hat, übernimmt die CMCM die im nachstehenden Artikel 14 aufgeführten Leistungen.

Art. 14

Außer den Leistungen, welche im vorstehenden Artikel 12, Absatz 2, unter a) bis e) aufgeführt sind, beteiligt sich die CMCM noch an folgenden Kosten:

a) Krankenhausaufenthaltskosten

- 1) Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes wegen eines chirurgischen Eingriffes gilt ein Pauschalbetrag von höchstens 11€ zum Indexstand 100 pro Tag für die von der Krankenversicherung genehmigte Aufenthaltsdauer.
- 2) Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes wegen einer schweren medizinischen Behandlung gilt ein Pauschalbetrag von höchstens 11€ zum Indexstand 100 pro Tag bis zu der in der Anlage I c) des Leistungssatzes der CMCM vorgesehenen maximalen Aufenthaltsdauer.

Unter denselben Bedingungen übernimmt die CMCM, gegen Vorlage diesbezüglicher Originalrechnungen, die Aufenthalte im Ausland, wenn das Krankenhaus bescheinigt, dass es die Unterbringung des Patienten während dessen prä- und postoperativen Behandlung nicht gewährleisten konnte.

- 3) In Abwesenheit eines chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung gemäß Anlage I des Leistungssatzes der CMCM gewährt die CMCM während einer maximalen Dauer von 50 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres einen Pauschalbetrag von 11€ zum Indexstand 100.

b) Arzthonorare

Im Falle eines chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung werden dem Versicherten die Arzthonorare gemäß dem zweifachen Betrag der im Großherzogtum Luxemburg angewandten Arzttarife für einen Krankenhausaufenthalt in einer 2. Klasse zurückerstattet.

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes ohne chirurgischen Eingriff oder schwere medizinische Behandlung erstattet die CMCM die Arzt- und Nebenkosten bis zu einem Maximalbetrag von 150 € zum Indexstand 100 pro Kalenderjahr.

c) Nebenkosten

Im Falle eines chirurgischen Eingriffes oder einer schweren medizinischen Behandlung erstattet die CMCM die Kosten für rückzahlbare Medikamente, Untersuchungen, Heil- und Hilfsmittel bis zu 40% der offiziellen Tarife zu Lasten der Sozialversicherungsanstalten des Landes, in dem der Versicherte sich im Krankenhaus aufhält.

d) Sonstige Auslagen

Die CMCM erstattet die ungedeckten Kosten bei von der Krankenversicherung rückzahlbaren Medikamenten, die im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff oder einer schweren medizinischen Behandlung stehen, während dem in den Statuten aufgeführten prä- und postoperativen Zeitraum.

e) Vor- und Nachbehandlungskosten

Außer den unter vorstehendem Punkt d) aufgeführten Leistungen gelten dieselben Zeiträume für die Rückzahlung gemäß den offiziellen Tarifen und entsprechend den im vorstehenden Unterabsatz a) 1. Abschnitt aufgeführten Bestimmungen bei eventuellen, auch wiederholten Krankenhausaufenthalten oder erneuter Krankenseinweisung in Zusammenhang mit dem eigentlichen chirurgischen Eingriff oder der schweren medizinischen Behandlung bis zu der in Anlage I c) des Leistungssatzes der CMCM vorgesehenen maximalen Aufenthaltsdauer.

Zu diesem Zweck ist es unerlässlich, eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen, aus der hervorgeht, dass der Krankenhausaufenthalt in direktem Zusammenhang mit der Operation oder der schweren medizinischen Behandlung steht. Auch muss ein Gutachten seitens des Vertrauensarztes der CMCM vorliegen.

f) Untersuchung durch einen Facharzt

Bei im Voraus genehmigter Überweisung durch die kontrollärztliche Verwaltung der Sozialversicherungen, oder für einen Versicherten, der nicht im Großherzogtum wohnhaft ist, unter Vorbehalt einer im Voraus beantragten Genehmigung des Vertrauensarztes der CMCM, übernimmt die CMCM die ungedeckten Arzt- und Nebenkosten bis zu einem Maximalbetrag von 100 €. Die Kostenbeteiligung beschränkt sich auf die am selben Tag anfallenden Auslagen.

Bei einer fehlenden Vorabgenehmigung beteiligt sich die CMCM an den ungedeckten Arzt- und Nebenkosten bis zu einem Betrag von 100 € pro Arztkonsultation nach Befürwortung durch den Vertrauensarzt der CMCM. Die Beteiligung beschränkt sich auf zwei Arztkonsultationen pro Kalenderjahr.

g) Reeducation und funktionelle Wiederherstellung

Die von der Krankenversicherung genehmigten Behandlungen in einem Reha-Zentrum im Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff oder der schweren medizinischen Behandlung werden übernommen bis zu einer Maximalbeteiligung von 11 € zum Indexstand 100 pro Tag für die von der Krankenversicherung genehmigten Aufenthaltsdauer von 90 Tagen vor und 360 Tagen nach der tatsächlichen medizinisch-chirurgischen Behandlung.

h) Künstliche Befruchtung (FIV)

Die CMCM beteiligt sich an den ungedeckten Arzt- und Nebenkosten im Zusammenhang mit einer Künstlichen Befruchtung (FIV) bis zu einem Pauschalbetrag von 450 € pro Behandlung, egal welche Technik angewandt wird.

i) Refraktive Chirurgie

Die CMCM beteiligt sich an den ungedeckten Arztkosten im Zusammenhang mit einem refraktiv-chirurgischen Eingriff bis zu einem Maximalbetrag von 100 € zum Indexstand 100 pro Auge im Falle einer Genehmigung durch die Krankenkasse.

II. PRESTAPLUS

Die CMCM übernimmt:

1. den Preisunterschied zwischen den Krankenhausaufenthaltskosten einer 1. Klasse mit Badezimmer und der Rückzahlung durch die Krankenkasse eines Zweibettzimmers in der 2. Klasse, bis zu einem Maximalbetrag von 13 € zum Indexstand 100.
2. den Preisunterschied zwischen den Arzthonoraren einer 1. Klasse und der Rückzahlung einer 2. Klasse durch die Krankenkasse.

In Abweichung zu den oben aufgeführten Bestimmungen übernimmt die CMCM bei einem Krankenhausaufenthalt ohne chirurgischen Eingriff die Aufenthaltskosten und die Arzthonorare, wie unter den vorstehenden Punkten 1 und 2 festgelegt, während einer Maximaldauer von 30 Tagen pro Kalenderjahr.

Den Mitgliedern der Garantie PRESTAPLUS, welche für das Gesamtrisiko im Sinne von Artikel 23 der Statuten versichert sind und die bei einem Krankenhausaufenthalt im Großherzogtum Luxemburg keine 1. Klasse beanspruchen können, werden für einen chirurgischen Eingriff eine Beteiligung von 10 € pro Tag des Krankenhausaufenthaltes in einer 2. Klasse für anfallende Nebenkosten vergütet für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr.

3. Transportkosten im Großherzogtum Luxemburg
 - a) Die CMCM übernimmt die Kosten für drei (3) ordnungsgemäß von der Krankenkasse genehmigten Krankenwagentransporte pro Kalenderjahr, bis zu 30% des offiziellen Tarifs und mit einem Höchstbetrag von 100 €.
 - b) Die CMCM übernimmt die Kosten für einen (1) von der Krankenkasse nicht bezahlten Krankenwagentransport bis zu einem Betrag von 30 €.

N.B.: Ein Hin- und Rücktransport am gleichen Tag wird als ein einziger Transport betrachtet.

Kosten für Taxifahrten werden von der CMCM nicht übernommen.

4. Orthopädische Schuhsohlen
Die CMCM übernimmt, nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse, die Kosten für orthopädische Sohlen bei Kindern bis zum 16. Lebensjahr, bis zu einem Höchstbetrag von 50 € pro Kalenderjahr, mit periodischer Erneuerung frühestens drei Jahre nach der letzten Rückzahlung durch die CMCM.

5. Präventivmedizin

a) Mondorf Plus:

Die CMCM gewährt einen einmaligen Kostenanteil von 60 € für das Programm „SportMed“ im Domaine Thermal de Mondorf gegen Vorlage einer Bescheinigung über das Erreichen des angestrebten Ziels.

b) Osteopathie:

Die CMCM erstattet die Kosten einer osteopathischen Behandlung bei einem staatlich anerkannten Osteopathen, bis zu einem Höchstbetrag von 25 € pro Kalenderjahr.

c) Chiropraktik:

Die CMCM übernimmt die Kosten für Behandlungen durch einen ausgebildeten Diplom-Chiropraktiker bis zu einem Höchstbetrag von 25 € pro Kalenderjahr.

d) Psychologische Betreuung:

Die CMCM erstattet die Kosten einer psychologischen Betreuung für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre bis zu einem Höchstbetrag von 25 € pro Kalenderjahr.

e) Kardiologie:

Belastungstest:

Die CMCM beteiligt sich bei Genehmigung durch die Krankenversicherung an den ungedeckten Kosten eines Belastungstests bis zu einem Höchstbetrag von 10 € pro Kalenderjahr.

f) PROTEA:

Die CMCM beteiligt sich einmalig an der Kostenübernahme in der Höhe von maximal 2.000 € pro Mitglied für die Teilnahme an dem vom Gesundheitszentrum und der Fondation Hôpitaux Robert Schuman angebotenen PROTEA-Programm (ambulantes Behandlungsprogramm bei emotionaler Erschöpfung).

g) DBC Global Concept Mondorf:

Die CMCM übernimmt maximal 200 € des nach Beteiligung der Krankenversicherung vom Mitglied zu entrichtenden offenen Betrags, jedoch nur nach Abschluss der im DBC-Basisprogramm des Domaine Thermal de Mondorf vorgesehenen 24 Einheiten pro Kalenderjahr.

6. Lipödem

Die CMCM übernimmt die Kosten für chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Lipödem (Stadium II) bis zu einem Höchstbetrag von 1.000 € pro Kalenderjahr.

Die Leistungen der Garantie PRESTAPLUS sind nicht mit den im Ausland erbrachten Leistungen kumulierbar, die im vorstehenden Kapitel II aufgeführt sind.

III. DENTA & OPTIPLUS

A. Leistungen im Zahnbereich

Die Beteiligung der CMCM beschränkt sich auf die Leistungen für zahnärztliche Behandlungen, die in der offiziellen Nomenklatur der CNS aufgeführt sind.

Die CMCM übernimmt bis zu 75 % des, nach Rückerstattung der Krankenkasse und des Allgemeinregimes der CMCM, verbleibenden Patientenanteils bei folgenden Leistungen:

1) Zahnärztliche Behandlungen und Parodontalbehandlung

a) Zahnärztliche Behandlungen

Die CMCM übernimmt die unter Artikel 8.3) der Statuten der CMCM aufgeführten zahnärztlichen Behandlungen bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 1.000 € pro Person, welcher den für die folgenden Tarifpositionen vorgesehenen Höchstwert nicht überschreiten darf:

Aufbissbehelf oder Schiene	50 €
Eckenaufbau oder Zahnaufbau	30 €
Inlay, einflächig	50 €
Inlay, mehrflächig oder Onlay	150 €
Aurification	30 €

In Abweichung zum vorstehenden Punkt III Absatz A. Unterabsatz 3 beteiligt sich die CMCM an den Kosten für

- Kompositfüllungen bis zu maximal 25 € pro Zahn mit einem jährlichen Maximalbetrag von 125 € pro Person.

- Pulpektomie-Behandlung bis zu einem Höchstbetrag von 50 € pro Kalenderjahr

b) Parodontalbehandlung

Die CMCM übernimmt die Kosten für eine Parodontalbehandlung bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 400 € pro Person.

Die Leistungen für Parodontalbehandlung zusammen mit den Leistungen für zahnärztliche Behandlungen können den im vorstehenden Absatz 1) a) aufgeführten jährlichen Maximalbetrag von 1.000 € pro Person nicht überschreiten.

2) Orthodontie

a) Die CMCM übernimmt die Kosten für eine orthodontische Behandlung, wie im nachfolgenden Artikel 8.2 a) aufgeführt, bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 350 € pro Mitglied.

b) Die CMCM übernimmt die Kosten bis zu den unten aufgelisteten Höchstbeträgen pro Eingriff:

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

DT44	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21 ^e mois du traitement	400 €
DT45	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27 ^e mois du traitement	400 €

c) Abweichend vom vorstehenden Punkt III Unterpunkt A, Absatz 1 und 2 gewährt die CMCM eine einmalige Beteiligung in Höhe von 1.000 € pro versicherte Person für kieferorthopädische Behandlungen nach Vollendung des 17. Lebensjahres.

3) Zahnersatz und Zahnimplantate

a) Zahnersatz

Die CMCM übernimmt die Kosten bei Zahnersatz für die im obenstehenden Artikel 9.1. und 2. aufgeführten Positionen (außer Positionen für herausnehmbaren und festsitzenden Zahnersatz) bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 2.500 € pro Person, unter Vorbehalt der nachstehend aufgeführten Maximalbeträge pro Behandlung:

Festsitzender Zahnersatz:

Krone, Stiftkrone,	
Brückenelement, Teleskopkrone	400 €
Inlay, Inlay-core, Scharnier	150 €

Herausnehmbarer Zahnersatz:

Modellgussprothese	400 €
Prothese, Kunststoff- oder Metallbasis	150 €
Halte- oder Stützelement	100 €

Andere Leistungen:

Höchstwert pro Tarifposition	80 €
------------------------------	------

Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt die Übernahme der vorstehenden Posten bis zu einer Höhe von maximal 80 % der Obergrenzen pro Leistung. Diese Begrenzung findet keine Anwendung, wenn das Leistungsverzeichnis der zuständigen Krankenversicherung keine Rückerstattung für die betroffenen Posten vorsieht.

b) Zahnimplantate

In Abweichung zum vorstehenden Absatz A 1. Unterabsatz beteiligt sich die CMCM an den Kosten für Zahnimplantate bis zu maximal 350 € pro Implantat und einem jährlichen Maximalbetrag von 1.400 € pro Person.

Die Leistungen für Zahnimplantate zusammen mit den Leistungen für Zahnersatz können die im vorstehenden Absatz 1 Unterabsatz 3) a) aufgeführten Maximalbeträge nicht überschreiten.

In Abweichung zu Artikel 14 Absatz g) der Statuten der CMCM übernimmt die CMCM auch bei negativem Bescheid seitens der Krankenversicherung die Leistungen, welche unter Absatz A) vorgesehen sind.

B. Sehhilfen und refraktive Chirurgie

Die CMCM übernimmt bis zu 80% des nach Rückerstattung der Krankenversicherung und des Allgemeinregimes der CMCM verbleibenden Patientenanteils bei folgenden Leistungen:

1) Brillen

a) Korrekturgläser

Beteiligung an den Kosten für Korrekturgläser bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 150 € pro versicherten Mitglied.

b) Brillengestell

Beteiligung an den Kosten für ein Brillengestell bis zu 30 € pro Kalenderjahr.

Ausschließlich Rechnungen von zugelassenen Optikern geben Anrecht auf eine Rückerstattung seitens der CMCM.

2) Kontaktlinsen

Jährliche Maximalbeteiligung von 100 € pro Person bei Kontaktlinsen.

Ausschließlich Rechnungen von zugelassenen Optikern geben Anrecht auf eine Rückerstattung seitens der CMCM

In Abweichung zu Artikel 14 Absatz g) werden die Leistungen in Absatz B auch zurückerstattet, wenn die Krankenkasse die Rückerstattung verwehrt.

3) Refraktive Chirurgie

Beteiligung an den ungedeckten medizinischen Kosten eines refraktiv-chirurgischen Eingriffs mit einem Höchstbetrag von 1.000 € pro Auge.

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 des médecins-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
- 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
- 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 1C67
- 1C72 Endoprothèse avec ou sans angioplastie pour sténose d'une coronaire
- 1C73 Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse
- 1C74 Athérectomie intracoronaire avec ou sans angioplastie ou endoprothèse
- 1C76 Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire
- 1C78 Mise en place d'un système d'assistance de la pompe cardiaque (IAPB ou Impella)
- 1B10 Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique
- 1B18 Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation ; acte réalisé par le cardiologue
- 1B29 Remplacement du boîtier d'un défibrillateur cardiaque
- 1B40 Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique
- 1B41 Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire
- 1B42 Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaire droite et gauche par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire

Section 4 - Pneumologie

- 1P11 Biopsie pleurale à l'aiguille
- 1P12 Institution d'un drainage pleural continu
- 1P14 Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale
- 1P22 Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides
- 1P23 Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser
- 1P24 Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires
- 1P25 Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser
- 1P31 Création d'un pneumothorax
- 1P32 Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax
- 1P35 Création d'un pneumomédiastin
- 1P36 Drainage endocavitaire pulmonaire
- 1P52 Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique
- 1P53 Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique
- 1P54 Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances
- 1P61 Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance
- 1P62 Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes
- 1P63 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique
- 1P64 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique
- 1P65 Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire
- 1P66 Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie

Section 6 - Gastro-Entérologie

- 1G11 Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique
- 1G15 Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale
- 1G16 Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention
- 1G39 Œsophagoscopie avec biopsie
- 1G40 Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie
- 1G42 Œsogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale
- 1G43 Œsogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers
- 1G44 Œsogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose
- 1G45 Œsogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs
- 1G46 Œsogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
- 1G51 Œsogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise
- 1G52 Œsogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif
- 1G55 Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique
- 1G57 CPRE (cholango-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie
- 1G58 CPRE (cholango-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)
- 1G59 CPRE (cholango-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse
- 1G63 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance
- 1G64 Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes
- 1G65 Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde
- 1G67 Rectoscopie avec biopsie
- 1G72 Colofibroscopie du côlon gauche avec biopsie

- 1G73 Colofibroscopie du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies
- 1G75 Colofibroscopie totale avec biopsie
- 1G76 Colofibroscopie totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies
- 1G81 Colofibroscopie du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies
- 1G82 Colofibroscopie totale et traitement par laser de sténoses d'hémorragies

Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelle

- 1R11 Ponction-biopsie articulaire, coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou
- 1R12 Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque et le genou
- 1R21 Ponction-biopsie osseuse ou trocart
- 1R61 Ponction d'un disque et chimionucléolyse
- 1R71 Arthroscopie avec ou sans biopsie

Section 8 - Dermatologie

- 1D11 Prélèvement de peau ou de muqueuse pour examen histologique - CAC
- 1D12 Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC
- 1D21 Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance
- 1D22 Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance
- 1D25 Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt
- 1D26 Destruction de végétations vénériennes, par séance
- 1D41 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm²
- 1D42 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm²
- 1D43 Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm²
- 1D51 Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm²
- 1D52 Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm²

CHAPITRE 2 - CHIRURGIE

Section 1 - Traitement des lésions traumatiques

- 2L11 Immobilisation d'une fracture: main, poignet, pied, cheville
- 2L12 Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras
- 2L13 Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin
- 2L14 Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux
- 2L15 Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré
- 2L17 Répétition d'un plâtre pour fracture
- 2L18 Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia
- 2L19 Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur
- 2L21 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)
- 2L22 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse
- 2L23 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe
- 2L24 Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur

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

Section 2 - Chirurgie générale

2G01	Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC
2G02	Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde
2G03	Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiennes, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois
2G11	Excision d'une cicatrice vicieuse et suture
2G12	Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture
2G13	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z
2G14	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains
2G15	Excision d'une fistule des parties molles
2G21	Grefe dermo-épidermique de moins de 10 cm ²
2G22	Grefe dermo-épidermique de moins de 10 cm ² , visage ou mains
2G23	Grefe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ²
2G24	Grefe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ² , visage ou mains
2G25	Grefe dermo-épidermique de 50 à 200 cm ²
2G26	Grefe dermo-épidermique de plus de 200 cm ²
2G31	Greffes libres de peau totale
2G32	Grefe dermo-pileuse - APCM
2G33	Grefe muqueuse, acte isolé
2G34	Grefe cartilagineuse, acte isolé
2G36	Lipectomie abdominale antérieure - APCM
2G37	Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM
2G38	Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM

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

Section 3 - Chirurgie des os et des articulations

2K11 Ablation d'exostoses ou de chondrome
 2K12 Prise d'un greffon osseux - CAT
 2K13 Biopsie osseuse
 2K21 Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os
 2K22 Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os
 2K23 Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse
 2K31 Transplantation ou greffe osseuse
 2K32 Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie
 2K34 Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse
 2K35 Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage
 2K36 Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus
 2K41 Arthrotomie de drainage des doigts et orteils
 2K42 Arthrotomie de drainage de toute autre articulation
 2K44 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris
 2K45 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux
 2K46 Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synovectomie du genou, appareil de fixation compris
 2K47 Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire
 2K51 Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante
 2K52 Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante
 2K53 Ligamentoplastie d'une articulation de la main
 2K54 Ligamentoplastie de deux articulations de la main
 2K55 Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main
 2K61 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils
 2K62 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse
 2K63 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou
 2K64 Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche
 2K71 Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil
 2K72 Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet
 2K73 Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale
 2M01 Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle
 2M02 Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abord
 2M03 Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne
 2M04 Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe
 2M05 Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse

2M06 Arthroscopie du genou avec chondroplastie
 2M07 Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire
 2M08 Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire
 2M09 Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque
 2M10 Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques
 2M11 Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie
 2M12 Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire
 2M13 Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse
 2M14 Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)
 2M15 Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé postérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)
 2M16 Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale
 2M17 Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale
 2M18 Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial
 2M19 Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale
 2M20 Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel
 2M21 Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie
 2M22 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: synovectomie subtotale par deux abord
 2M23 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: suture de l'aileron rotulien interne
 2M24 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: section de l'aileron rotulien externe
 2M25 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: plastie de l'aileron rotulien interne avec greffe tendineuse
 2M26 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: chondroplastie
 2M27 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale d'un ménisque
 2M28 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale des deux ménisques
 2M29 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: microfracture ou forage de Pridie
 2M30 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue
 2M31 Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse

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
- 2E94 Redressement non sanglant d'un pied bot
- 2E95 Redressement sanglant d'un pied bot
- 2J01 Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral
- 2J02 Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral avec refixation des tubérosités
- 2J03 Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée
- 2J04 Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée avec refixation des tubérosités
- 2J07 Arthrodèse d'épaule
- 2J08 Ablation d'une prothèse de l'épaule
- 2J09 Ablation d'une prothèse de l'épaule, avec arthrodèse
- 2J10 Ablation d'une prothèse de l'épaule avec mise en place d'un espaceur
- 2J11 Pose d'une prothèse distale de l'humérus
- 2J12 Pose d'une prothèse de la tête radiale
- 2J13 Pose d'une prothèse totale du coude
- 2J17 Ablation d'une prothèse du coude
- 2J18 Ablation d'une prothèse du coude avec arthrodèse
- 2J19 Ablation d'une prothèse du coude avec mise en place d'un espaceur
- 2J21 Pose d'une hémiprothèse de hanche, implant fémoral
- 2J22 Pose d'une prothèse totale de hanche
- 2J25 Ablation d'une prothèse de hanche
- 2J26 Ablation d'une prothèse de hanche avec arthrodèse
- 2J27 Ablation d'une prothèse de hanche avec mise en place d'un espaceur
- 2J31 Pose d'une prothèse partielle unicompartmentale du genou, interne ou externe ou fémoro-patellaire
- 2J32 Pose d'une prothèse partielle bicompartimentale du genou, interne ou externe et fémoro-patellaire
- 2J33 Pose d'une prothèse totale du genou, sans resurfaçage de la rotule
- 2J34 Pose d'une prothèse totale du genou, avec resurfaçage de la rotule
- 2J38 Ablation d'une prothèse du genou
- 2J39 Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse
- 2J40 Ablation d'une prothèse du genou, avec mise en place d'un espaceur
- 2J41 Pose d'une prothèse totale de cheville
- 2J43 Ablation d'une prothèse de cheville
- 2J44 Ablation d'une prothèse de cheville avec arthrodèse
- 2J45 Ablation d'une prothèse de cheville avec mise en place d'un espaceur
- 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**
- 2A23 Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire
- 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
- 2W04 Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie
- 2W05 Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie
- 2W06 Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie
- 2W07 Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie
- 2W08 Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie
- 2W09 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
- 2W10 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
- 2W11 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
- 2W12 Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
- 2W13 Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
- 2W14 Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
- 2W15 Cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure, sans pose de prothèse, incluant les hernies péristomales, par laparotomie
- 2W24 Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie
- 2W25 Cure d'une fistule de l'estomac, par laparotomie
- 2W26 Gastrostomie, par coelioscopie
- 2W27 Gastrostomie, par laparotomie

- 2X01 Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par coelioscopie
- 2X02 Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par laparotomie
- 2X13 Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie
- 2X14 Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par laparotomie
- 2X15 Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie
- 2X16 Colostomie ou iléostomie, par laparotomie
- 2X17 Fermeture de colostomie ou d'iléostomie, par voie péristomiale
- 2X76 Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie
- 2X77 Résection du diverticule de Meckel, par laparotomie
- 2X80 Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie
- 2X81 Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par laparotomie
- 2X82 Appendicectomie par coelioscopie
- 2X83 Appendicectomie par laparotomie
- 2Y48 Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie
- 2Y49 Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par laparotomie
- 2Y50 Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie
- 2Y51 Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par laparotomie
- 2Y52 Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, sous contrôle radiologique, par voie vasculaire
- 2Y53 Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par laparotomie ou coelioscopie
- 2Z17 Suture de plaie du rectum, par coelioscopie
- 2Z18 Suture de plaie du rectum, par laparotomie
- 2Z19 Suture de plaie du rectum, par voie directe (endo-anale)
- 2Z20 Reconstruction du rectum par réservoir (pouch) colo-anal
- 2Z21 Résection locale et transanale d'une tumeur du rectum, non réséquable, par coloscopie
- 2Z24 Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par coelioscopie
- 2Z25 Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par laparotomie
- 2Z26 Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par voie directe (anale)
- 2Z31 Fissurectomie, avec ou sans sphinctéromyotomie latérale interne, par voie directe
- 2Z32 Fissurectomie, avec lambeau d'avancement muqueux, par voie directe
- 2Z33 Injection de botox, par voie trans-sphinctérienne
- 2Z34 Incision et drainage d'un abcès péri-anal, par voie directe
- 2Z35 Incision et drainage d'un abcès ano-rectal haut, par voie directe
- 2Z36 Traitement d'une fistule anale supra-sphinctérienne, transsphinctérienne ou inter-sphinctérienne avec Séton, par voie directe
- 2Z37 Cure de fistule anale suprasphinctérienne, par voie directe
- 2Z38 Cure de fistule anale trans et inter-sphinctérienne, par voie directe
- 2Z39 Cure de fistule anale sous-muqueuse, par voie directe
- 2Z40 Hémmoroidectomie isolée, par toute technique chirurgicale
- 2Z41 Cure de plusieurs hémorroïdes, par toute technique chirurgicale
- 2Z42 Exérèse de thrombose hémorroïdaire externe, par voie directe
- 2Z43 Exérèse de sinus pilonidal avec ou sans fermeture primaire (avec prélèvement anatomopathologique), par voie directe
- 2Z44 Marsupialisation de sinus pilonidal, par voie directe
- 2Z45 Incision d'abcès sur sinus pilonidal, par voie directe
- 2Z46 Exérèse de Verneuil de moins de 30 cm², par voie directe
- 2Z49 Coagulation de condylomes anaux, par voie directe
- 2Z50 Exérèse de condylomes, par voie directe
- 2Z51 Excision de tumeurs de la marge et du canal anal ou exérèse isolée de marisque ou papille anale, par voie directe
- 2Z52 Reprise pour hémostase après intervention proctologique, par voie directe
- 2Z53 Cure par lambeau cutané ou muqueux d'une sténose anale, par voie directe
- 2Z54 Intervention pour imperforation anale vraie, par voie basse
- 2Z56 Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire, par voie directe
- 2Z57 Cure d'incontinence anale par agent de gonflement (bulking agent) trans-sphinctérien
- 2Z58 Cure d'incontinence anale par implants trans-sphinctériens
- 2Z59 Pose, ablation, ou changement de «vacuum assisted closure» (VAC) périnéal
- 2Z60 Pose, ablation, ou changement de «vacuum assisted closure» (VAC) intrapéritonéal
- 2Z61 Recoupe ou réfection de stomie avec ou sans transposition, par voie directe
- 2Z62 Cure d'une collection (abcès...), par coelioscopie
- 2Z63 Cure d'une collection (abcès...), par laparotomie

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 nasale sur traumatisme, avec greffe
- 3N46 Plastie nasale 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 ethmoïdal et/ou frontal

Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée

- 3L13 Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie
- 3L18 Panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses, (sous anesthésie générale), biopsies comprises
- 3L23 Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise
- 3L31 Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise
- 3L32 Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie anesthésie locale comprise
- 3L34 Electrocoagulation endolaryngée, anesthésie local comprise, première séance
- 3L35 Electrocoagulation endolaryngée, anesthésie locale comprise, séance suivante
- 3L41 Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie
- 3L42 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans
- 3L43 Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez une personne de plus de 12 ans
- 3L44 Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou deux temps
- 3L45 Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx
- 3L51 Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien
- 3L52 Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé
- 3L54 Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie
- 3L56 Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes
- 3L57 Microlaryngoscopie avec épiluchage complet d'une corde vocale
- 3L58 Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie, aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales
- 3L61 Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie
- 3L63 Trachéotomie ou trachéostomie
- 3L64 Pharyngotomie ou 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 Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie
- 4A21 Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion
- 4A22 Trichiasis, opération sans greffe
- 4A23 Trichiasis, opération avec greffe libre
- 4A24 Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée
- 4A25 Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et /ou le muscle releveur
- 4A26 Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps
- 4A32 Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson
- 4A33 Stricturotomie du sac lacrymal
- 4A34 Dacryocystectomie
- 4A35 Dacryocystorhinostomie
- 4A36 Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale
- 4A37 Extirpation de la glande lacrymale

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

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

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

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

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

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

Section 6 - Orbita

- 4G81 Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbita
- 4G82 Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbita
- 4G83 Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbita
- 4G92 Enucléation, éviscération du globe oculaire
- 4G93 Enucléation ou éviscération, moignon artificiel
- 4G95 Opération pour phlegmon de l'orbita
- 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 Lobotomie exploratrice
- 5R13 Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique
- 5R21 Néphropexie
- 5R22 Lobotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein
- 5R31 Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde
- 5R33 Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)
- 5R61 Urétérotomie lombaire, urétérolyse
- 5R62 Urétérotomie pelvienne
- 5R65 Urétérectomie secondaire totale
- 5R71 Urétérostomie cutanée
- 5R74 Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place
- 5R83 Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral
- 5R87 Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'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 Extrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie
- 5V53 Retouche ultérieure après intervention pour extrophie 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, biotripsie
- 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 Microhystérocopie exploratrice avec ou sans biopsie
- 6G34 Microhystérocopie avec traitement préalable de la muqueuse
- 6G35 Microhystérocopie opérationnelle
- 6G41 Extirpation de la glande de Bartholin
- 6G42 Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale
- 6G43 Vulvectomie simple
- 6G51 Colpotomie
- 6G52 Opération de l'imperforation vulvaire
- 6G53 Opération de l'imperforation vaginale
- 6G54 Création d'un néovagin sans laparotomie
- 6G62 Dilatation sanglante du col, acte isolé
- 6G63 Ablation d'un polype du col
- 6G64 Electrocoagulation du col, première séance
- 6G65 Electrocoagulation du col, à partir de la 2^e séance pour une période de 4 semaines
- 6G66 Conisation du col ou opération analogue
- 6G67 Amputation du col
- 6G71 Colpopérinéorrhaphie postérieure
- 6G72 Colporraphie antérieure
- 6G73 Colporraphie antérieure et postérieure
- 6G74 Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Dolérís, Kocher)
- 6G81 Hystéropexie simple par voie haute
- 6G84 Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé
- 6G85 Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale
- 6G86 Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris
- 6G91 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM
- 6G92 Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM
- 6G93 Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ; acte isolé

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 supérieure
- 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 buconasale
- 9S21 Réfection partielle d'une lèvre
- 9S22 Réfection totale d'une lèvre
- 9S31 Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue
- 9S32 Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par héli-maxillaire ou de canine à canine
- 9S33 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue
- 9S34 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale
- 9S35 Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure
- 9S36 Traitement opératoire de la double lèvre
- 9S41 Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse
- 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 des médecins-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
- 1C79 Fermeture par voie percutanée d'une CIA, CIV ou FOP y compris ponction transeptale
- 1B12 Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation
- 1B13 Mise en place de 2 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation
- 1B14 Mise en place de 3 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation
- 1B16 Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14
- 1B25 Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14
- 1B26 Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite, acte isolé
- 1B27 Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque, acte isolé
- 1B36 Extraction de sondes de stimulation par voie endocavitaire en cas d'infection ou de rupture
- 1B44 Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien pour un flutter auriculaire typique
- 1B46 Ablation d'une tachycardie de réentrée SV sans cathéterisation du sinus coronaire
- 1B48 Ablation d'une tachycardie de réentrée SV avec cathéterisation du sinus coronaire
- 1B50 Ablation d'un faisceau AV aberrant par abord veineux
- 1B52 Ablation d'un faisceau aberrant par abord artériel
- 1B54 Ablation au niveau de l'oreillette gauche et droite d'une FA par voie transcutanée ou chirurgicale
- 1B56 Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule droit
- 1B58 Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule gauche

CHAPITRE 2 - CHIRURGIE

Section 2 - Chirurgie générale

- 2F14 Cellulo-adénéctomie 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-endarteriectomie des troncs supraaortiques
- 2F36 Thrombo-endarteriectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales
- 2F37 Thrombo-endarteriectomie des artères des membres
- 2F41 Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales
- 2F42 Embolectomie des artères des membres
- 2F43 Pontage par greffe veineuse des troncs supraaortiques
- 2F44 Pontage par greffe veineuse des artères des membres
- 2F45 Pontage par prothèse des troncs supraaortiques
- 2F46 Pontage par prothèse du carrefour aortique
- 2F47 Pontage par prothèse des artères abdominales
- 2F48 Pontage par prothèse des artères des membres
- 2F65 Anastomose porto-cave
- 2F67 Thrombectomie veineuse du bassin et des membres

2F71 Shunt externe pour hémodialyse
 2F72 Shunt interne pour hémodialyse
 2P13 Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture
 2P32 Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique

Section 3 - Chirurgie des os et des articulations

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

Section 4 - Chirurgie des membres

2E42 Désarticulation interscapulo-thoracique
 2E62 Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse
 2E63 Désarticulation de la hanche
 2E64 Désarticulation interilio-abdominale
 2J05 Changement d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral
 2J06 Changement d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou changement d'une prothèse inversée
 2J14 Changement d'une prothèse distale de l'humérus
 2J15 Changement d'une prothèse de la tête radiale
 2J16 Changement d'une prothèse totale du coude
 2J23 Changement d'une prothèse de hanche, implant cotyloïdien ou implant fémoral
 2J24 Changement d'une prothèse totale de hanche, implant cotyloïdien et implant fémoral
 2J35 Changement d'une prothèse partielle unicompartmentale du genou
 2J36 Changement d'une prothèse partielle bicompartmentale du genou
 2J37 Changement d'une prothèse totale du genou
 2J42 Changement d'une prothèse totale de cheville

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

2D52 Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun)
 2W01 Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie
 2W02 Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracotomie ou par laparotomie
 2W03 Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par laparotomie
 2W16 Cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie
 2W17 Cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par laparotomie
 2W18 Cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse et séparation des translations médianes des muscles grands droits de l'abdomen selon la « composants separation technique », par laparotomie
 2W19 Ablation de prothèse ou d'implant de la paroi abdominale, par toute voie d'abord
 2W20 Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie
 2W21 Oesophagoplastie pour achalasie, par laparotomie
 2W22 Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par coelioscopie
 2W23 Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par laparotomie
 2W28 Gastro-entérostomie, par coelioscopie
 2W29 Gastro-entérostomie, par laparotomie
 2W30 Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie
 2W31 Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par laparotomie
 2W32 Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie
 2W33 Pyloroplastie ou duodénoplastie, par laparotomie
 2W34 Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie
 2W35 Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par laparotomie
 2W36 Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie
 2W37 Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par laparotomie
 2W38 Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie
 2W39 Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par laparotomie
 2W40 Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie
 2W41 Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie
 2W42 Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie
 2W43 Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par laparotomie
 2W44 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie
 2W45 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
 2W46 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie
 2W47 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie
 2W48 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie
 2W49 Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie
 2W50 Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie
 2W51 Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans

	interruption de la continuité, par laparotomie 2W52 Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM		y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie
2W53	Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	2X30	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2W54	Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM	2X31	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2W55	Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	2X32	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X03	Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aigüe, par coelioscopie	2X33	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X04	Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aigüe, par laparotomie	2X34	Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie
2X05	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	2X35	Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie
2X06	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	2X36	Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
2X07	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	2X37	Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie
2X08	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion par laparotomie	2X38	Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2X09	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X39	Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2X10	Résection segmentaire double de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X40	Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X11	Résection segmentaire triple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X41	Colectomie segmentaire transverse sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X12	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2X42	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie
2X18	Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X43	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie
2X19	Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X44	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
2X20	Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X45	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie
2X21	Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X46	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2X22	Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X47	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2X23	Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X48	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X24	Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X49	Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2X25	Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X50	Hémi-colectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie
2X26	Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X51	Hémi-colectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
2X27	Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X52	Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie
2X28	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X53	Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
2X29	Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse,	2X54	Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
		2X55	Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment

	du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Y08	Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par laparotomie
2X56	Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2Y09	Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie
2X57	Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2Y10	Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie
2X58	Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Y11	Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie
2X59	Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Y12	Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie
2X60	Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2Y13	Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par coelioscopie
2X61	Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2Y14	Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par laparotomie
2X62	Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2Y15	Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie
2X63	Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2Y16	Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par laparotomie
2X64	Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2Y17	Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie
2X65	Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparotomie	2Y18	Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par laparotomie
2X66	Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Y19	Reprise chirurgicale de la voie biliaire, par toute voie d'abord
2X67	Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Y20	Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par coelioscopie
2X68	Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Y21	Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par laparotomie
2X69	Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Y22	Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par coelioscopie
2X70	Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2Y23	Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par laparotomie
2X71	Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2Y24	Résection atypique du foie, par coelioscopie
2X72	Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2Y25	Résection atypique du foie, par laparotomie
2X73	Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2Y26	Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie
2X74	Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Y27	Résections atypiques multiples du foie, par laparotomie
2X75	Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Y28	Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie
2X78	Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie	2Y29	Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie
2X79	Résection du caecum sans résection du grêle, par laparotomie	2Y30	Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie
2X84	Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par coelioscopie	2Y31	Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie
2X85	Coloproctectomie totale avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par laparotomie	2Y32	Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie
2X86	Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie	2Y33	Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie
2X87	Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparotomie	2Y34	Hépatectomie gauche, par coelioscopie
2Y01	Cholécystectomie, par coelioscopie	2Y35	Hépatectomie gauche, par laparotomie
2Y02	Cholécystectomie, par laparotomie	2Y36	Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie
2Y03	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie	2Y37	Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par laparotomie
2Y04	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie	2Y38	Hépatectomie droite, par coelioscopie
2Y05	Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	2Y39	Hépatectomie droite, par laparotomie
2Y06	Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	2Y40	Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie
2Y07	Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y41	Hépatectomie droite élargie au segment 4, par laparotomie
		2Y42	Hépatectomie centrale, par coelioscopie
		2Y43	Hépatectomie centrale, par laparotomie
		2Y44	Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie
		2Y45	Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par laparotomie
		2Y46	Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie
		2Y47	Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par laparotomie
		2Y54	Anastomose pancréatico-jéjunale, par coelioscopie
		2Y55	Anastomose pancréatico-jéjunale, par laparotomie
		2Y56	Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie
		2Y57	Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie
		2Y58	Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie
		2Y59	Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par laparotomie
		2Y60	Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie

2Y61	Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	2Z03	Splénectomie totale, par coelioscopie
2Y62	Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par coelioscopie	2Z04	Splénectomie totale, par laparotomie
2Y63	Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par laparotomie	2Z05	Splénectomie partielle, par coelioscopie
2Y64	Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie	2Z06	Splénectomie partielle, par laparotomie
2Y65	Nécrosectomie pancréatique, par laparotomie	2Z07	Réséction antérieure du rectum avec réséction du mésorectum avec anastomose latéroterminale ou terminoterminal, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2Y66	Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie	2Z08	Réséction antérieure du rectum avec réséction du mésorectum avec anastomose latéroterminale ou terminoterminal, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2Y67	Exérèse locale de tumeur du pancréas, par laparotomie	2Z09	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
2Y68	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie	2Z10	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
2Y69	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie	2Z11	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par coelioscopie
2Y70	Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par coelioscopie	2Z12	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par laparotomie
2Y71	Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par laparotomie	2Z13	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par coelioscopie
2Y72	Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Z14	Réséction antérieure du rectum avec réséction totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par laparotomie
2Y73	Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Z15	Réséction antérieure du rectum avec réséction subtotale du mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie
2Y74	Isthmectomie pancréatique, par toute voie d'abord	2Z16	Réséction antérieure du rectum avec réséction subtotale du mésorectum avec anastomose terminale, par laparotomie
2Y75	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie	2Z22	Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie définitive, par coelioscopie
2Y76	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Z23	Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie définitive, par laparotomie
2Y77	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par laparotomie	2Z27	Cure de prolapsus rectal avec réséction sigmoïde, par coelioscopie
2Y78	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Z28	Cure de prolapsus rectal avec réséction sigmoïde, par laparotomie
2Y79	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie	2Z29	Cure de prolapsus rectal avec réséction colorectale, par voie directe (anale)
2Y80	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par laparotomie	2Z30	Cure de rectocèle, par voie vaginale
2Y81	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Z47	Exérèse de Verneuil de plus de 30 cm ² , par voie directe
2Y82	Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Z48	Débridement périnéofessier large pour gangrène de Fournier, par voie directe
2Y83	Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Z55	Intervention pour imperforation anale, par voie haute ou combinée
2Y84	Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Z64	Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans réséction ni anastomose, en urgence, par coelioscopie
2Y85	Duodéno-pancréatectomie céphalique avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Z65	Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans réséction ni anastomose, en urgence, par laparotomie
2Y86	Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Z66	Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie
2Y87	Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par coelioscopie	2Z67	Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie
2Y88	Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par laparotomie	2Z68	Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie
2Y89	Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Z69	Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie
2Y90	Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par laparotomie		
2Z01	Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans réséction des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie		
2Z02	Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans réséction des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par laparotomie		
		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 pinéalomme
- 2N37 Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural
- 2N41 Anastomose vasculaire extra-intracrânienne
- 2N42 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct
- 2N43 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal
- 2N44 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides
- 2N45 Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure
- 2N46 Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien
- 2N51 Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène
- 2N52 Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie
- 2N53 Dérivation kysto- péritonéale ou sous-duro- péritonéale
- 2N54 Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie
- 2N55 Mise en place d'un capteur de pression intracrânienne
- 2N56 Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir
- 2N57 Drainage lombaire temporaire pour hypertension intracrânienne
- 2N58 Topectomie, lobotomie, tractotomie
- 2N61 Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique
- 2N62 Réintervention stéréotaxique homolatérale
- 2N63 Section isolée de la tente du cervelet
- 2N64 Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse
- 2N65 Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne
- 2N66 Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne
- 2N71 Trépanoponction ventriculaire
- 2N72 Ponction latéofontanelle
- 2N73 Trépanation décompressive (grand volet)
- 2N81 Neurotomie intracrânienne
- 2N82 Neurectomie vestibulaire
- 2N83 Gangliolyse (Taarnhoj)
- 2N84 Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique
- 2N85 Thermocoagulation du trijumeau
- 2N86 Transposition d'un tronc nerveux
- 2N87 Exploration du plexus brachial
- 2V12 Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle
- 2V24 Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire
- 2V31 Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire
- 2V32 Laminectomie pour hématome intrarachidien
- 2V33 Intervention pour syringomyélie ou hydromélie
- 2V34 Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire
- 2V35 Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval
- 2V36 Extraction d'un corps étranger du canal rachidien
- 2V41 Cordotomie isolée
- 2V42 Cordotomies combinées multiples
- 2V43 Myélotomie commissurale
- 2V44 Radicotomies intradurales multiples
- 2V51 Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire
- 2V52 Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage
- 2V53 Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier
- 2V54 Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués
- 2V55 Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier
- 2V62 Ostéosynthèse occipito-cervicale
- 2V64 Ostéosynthèse cervicale par voie transorale
- 2V65 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie antérieure ou postérieure (ostéosynthèse comprise)
- 2V66 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)
- 2V67 Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise
- 2V72 Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau
- 2V75 Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse
- 2V85 Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire, (ostéosynthèse comprise)
- 2V86 Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise
- 2V92 Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau
- 2V94 Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)
- 2V96 Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose, avec ostéosynthèse quelle que soit l'étendue

CHAPITRE 3 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Section 1 - Oreilles

- 3R32 Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés
- 3R50 Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux
- 3R51 Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)
- 3R52 Trépanation du labyrinthe
- 3R53 Intervention pour ankylose de l'étrier
- 3R64 Evidement pétro-mastoidien
- 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 - OPHTHALMOLOGIE

Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

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

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

- 4G35 Excision de néoformations étendues avec greffe libre
- 4G41 Greffe de la cornée ou de la sclérotique
- 4G46 Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

- 4G62 Extraction du cristallin
- 4G63 Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

- 4G71 Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie
- 4G72 Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant
- 4G73 Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants

Section 6 - Orbites

- 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 Uréthroplastie en un temps
- 5V92 Cure de fistule périnéale avec ou sans urérectomie, dérivation comprise

Section 2 - Appareil génital masculin

- 5A21 Prostatectomie pour adénome
- 5A22 Prostatectomie totale pour cancer
- 5A25 Implantation de grains radioactifs sous échographie pour traitement du cancer de la prostate par curiethérapie
- 5A31 Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)
- 5A65 Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie
- 5A67 Shunt pour priapisme
- 5A83 Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique

CHAPITRE 6 - GYNÉCOLOGIE

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

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

CHAPITRE 7 - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale

- 7A21 Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque

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

Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires

- 9S94 Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial

Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale

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

ANNEXE I

C) TRAITEMENTS MÉDICAUX GRAVES AVEC INDICATION DE LA DURÉE D'HOSPITALISATION MAXIMALE PRISE EN CHARGE

Affections	Durée maximale
Accident vasculaire cérébral aigu invalidant	90 jours
Accident ischémique transitoire	30 jours
Affections lympho- et hématopoïétiques aiguës	30 jours
Chimiothérapie anti-cancéreuse par voie parentérale ou traitement immunomodulateur anti-cancéreux (par année de calendrier)	90 jours
Radiothérapie (par année de calendrier)	90 jours
Coma diabétique hyperglycémique	10 jours
Gangrène gazeuse (Gasbrand)	30 jours
Hépatite virale	30 jours
Infarctus du myocarde	90 jours
Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique	30 jours
Méningite	30 jours
Mucoviscidose	30 jours
Poly-traumatisé grave	60 jours
Salmonellose (Typhus)	30 jours
Sarcoïdose	30 jours
Sclérose en plaques en poussée	30 jours
Sclérose latérale amyotrophique	30 jours
Tuberculose pulmonaire aiguë	30 jours
Zona-ophtalmique	30 jours

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

ANNEXE II

CONVENTIONS AVEC L'ÉTRANGER

1. **Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et la Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne.** signée à Paris le 28 juin 1982, entrée en vigueur le 28 juin 1982 et remplaçant celles du 20 novembre 1975 et 31 octobre 1957 complétée par l'avenant signé à Paris le 19 mars 1970, entré en vigueur le 1^{er} avril 1970

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

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

Il est convenu entre

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

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

Art. 1^{er}

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

Art. 2

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

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

Art. 3

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

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

Art. 4

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

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

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

Art. 5

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

Art. 6

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1^{er}

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

Art. 2

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

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

Art. 3

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

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

Art. 4

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

Art. 5

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

Art. 6

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

Art. 7

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

3. Koordinierter Text des Abkommens zwischen der Knappschaft Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken und der Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg (im Folgenden CMCM), unterschrieben am 11. März 2016, mit 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, Moonenstr. 5, D-40225 Düsseldorf
Bonn:	Medizinische Einrichtungen der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität, Sigmund-Freud-Str. 25, D-53127 Bonn
Essen:	Universitätsklinikum der Universität Duisburg-Essen, Hufelandstr. 55, D-45147 Essen
Köln:	Universitätsklinikum der Universität zu Köln, Kerpener Str. 62, D-50937 Köln
Heidelberg:	Universitätsklinikum der Ruprecht-Karls-Universität (einschließlich Universitätsklinikum Mannheim), Im Neuenheimer Feld 672, D-69120 Heidelberg
Freiburg:	Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Hugstetter Str. 55, D-79106 Freiburg im Breisgau
Frankfurt/Main:	Universitätsklinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main
Aachen:	Universitätsklinikum Aachen der RWTH, Pauwelsstraße 30, D-52074 Aachen

Vertragskrankenhäuser

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

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

Artikel 2

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

Artikel 3

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

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

Artikel 4

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

Artikel 5

Dieses Abkommen tritt am 01.04.2016 in Kraft. Es kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.

4. Convention conclue entre la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union Départementale Mutualiste de Meurthe-et-Moselle, signée à Nancy le 6 février 1971

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

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

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

et l'Union Départementale Mutualiste de Meurthe-et-Moselle, ayant son siège, 7, rue 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. 1^{er}

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

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

Art. 2

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

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

Art. 3

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

Art. 4

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

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

Art. 5

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

Art. 6

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

Art. 7

Sont annexés à la présente convention :

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

- les statuts de la Caisse Chirurgicale et Mutuelle Générale de Meurthe-et-Moselle,
- la liste des opérations importantes prévues à l'article 3.

5. Vertrag zwischen der Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg (im folgenden CMCM Luxembourg genannt, und dem SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn (im folgenden SVK genannt). unterschrieben in Luxemburg/Solothurn am 2. Dezember 1993 mit Inkrafttreten am 1.1.1994

Präambel

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

Art. 1

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

Art. 2

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

Art. 3

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

Art. 4

Aufgrund einer Abrechnung des SVK, der sämtliche Originalrechnungen der Spitäler 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. 1^{er}

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

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

Art. 2

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

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (S2/E112) établi par la Sécurité Sociale Luxembourgeoise.

Art. 3

Les affiliés de la CMCM, désirant bénéficier de la présente convention se présenteront à l'établissement hospitalier munis du formulaire des Communautés Européennes (S2/E112) et du bon de prise en charge établi par la CMCM. Une copie du bon de prise en charge est adressée directement à la M.E.

Art. 4

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

Art. 5

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

Art. 6

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

Art. 7

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

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

Liste des établissements de soins conventionnés :

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

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

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

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

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

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

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

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

Clinique Adassa
13, place de Haguenau
F-67000 STRASBOURG

Clinique Bethesda
1, bld Jacques Preiss
F-67000 STRASBOURG

Centre Hospitalier Régional (Hôpital Pasteur)
F-68000 COLMAR

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

Art. 1^{er}

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

- a) pour le curiste :
 - l'intégralité des frais se rapportant au forfait thermal
 - les honoraires des médecins surveillants
 - les honoraires du kinésithérapeute pour les séances de massage et de rééducation
 - la note des frais de séjour de l'hôtel conventionné
 - un forfait de 64 € pour les frais de voyage ;
- b) pour la personne accompagnante :
 - la note des frais de séjour jusqu'à concurrence de 62 € par jour
 - un forfait de 64 € pour les frais de voyage.

Art. 2

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

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

Art. 3

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

- a) pour un enfant en-dessous de 18 ans, l'accompagnement par une personne adulte est d'office accordé
- b) pour les adultes ou des enfants au-dessus de 18 ans nécessitant le traitement, l'accompagnement par une tierce personne est accordé sur :
 - présentation d'un certificat médical motivé par un médecin luxembourgeois
 - présentation d'une autorisation afférente de la Caisse de maladie ou de l'assurance contre les accidents
 - avis favorable du médecin-conseil de la CMCM.

Art. 4

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

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

Art. 1^{er}

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

Les frais en régime commun, ayant trait aux règlements de Sécurité Sociale, sont réglés moyennant le formulaire des Communautés Européennes (S2/E112) établi par la Sécurité Sociale Luxembourgeoise.

Art. 2

Les affiliés de la C.M.C.M., désirant bénéficier des présentes conventions se présenteront à l'établissement hospitalier concerné munis du formulaire des Communautés Européennes (S2/E112) et du bon de prise en charge établi par la C.M.C.M.

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

Art. 3

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

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

Liste des établissements de soins belges :

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

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

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

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

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

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

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

Cliniques Universitaires Saint Luc
10 avenue Hippocrate
B-1200 BRUXELLES

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

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

ANNEXE III

CONVENTION CMCM IMA

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

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

l'avenant signé à Paris le 24 mars 1992, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1992 ;
l'avenant signé à Paris le 5 août 1993 et à Luxembourg, le 23 août 1993, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993 ;

l'avenant signé à Paris le 17 février 1994, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994 ;
l'avenant signé à Paris et à Luxembourg, le 30 avril 2002, entré en vigueur le 1^{er} mai 2002.

l'avenant signé à Paris et à Luxembourg, le 7 janvier 2010, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2010 ;

l'avenant signé à Niort et à Luxembourg, le 24 octobre 2017, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018 ;

l'avenant signé à Paris et à Niort, le 19 décembre 2019, entré, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020 ;

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

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

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

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

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

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

ARTICLE 2 - DÉFINITION DES VÉHICULES GARANTIS

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

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

ARTICLE 3 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

La mise en œuvre et la couverture financière des garanties définies à la présente convention sont assurées par INTER MUTUELLE ASSISTANCE (ci-après dénommée IMA).

Toutefois, en ce qui concerne la couverture des risques définis à l'article 5.1 de la présente convention, la CMCM remboursera à IMA les montants avancés pour son compte.

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

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

ARTICLE 4 - TERRITORIALITÉ

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

4.1 Pour l'assistance aux personnes

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

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

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

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

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

ARTICLE 5 - ASSISTANCE AUX PERSONNES

5.1 En cas de blessures ou de maladie

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

IMA effectue, pour le compte de la CMCM, le paiement des factures de soins chirurgicaux et médicaux causés par un accident ou une maladie soudaine nécessitant une hospitalisation à concurrence d'un montant maximal par bénéficiaire et par événement de 100.000 €.

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

5.2 En cas de décès

5.2.1 Décès d'un bénéficiaire

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

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

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

5.3 Cas des personnes valides

5.3.1 Rapatriement des bénéficiaires valides

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

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

5.3.2 Séjour d'un proche en cas d'hospitalisation

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 150 € par jour et ce pour une durée maximale de 7 jours.

5.4 Prise en charge des premiers secours

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

Pour la prise en charge sont exclus :

- les frais de recherche,
- les compétitions sportives.

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

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

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

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

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

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

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

6.2 IMA prend en charge, à concurrence de 150€ 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.

ANNEXE IV

CONVENTION CMCM-BÂLOISE

CONVENTION CMCM - Annulation voyage signée à Luxembourg, le 14 octobre 2019, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

remplaçant l'ancien Contrat Annulation Voyage signé à Niort et à Luxembourg, le 24 octobre 2017, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet d'élaborer un partenariat, entre Bâloise Assurances Luxembourg S.A. et CMCM, qui comportera la prise en charge de la «Garantie Annulation Voyage» par Bâloise Assurances Luxembourg SA.

La garantie Annulation Voyage est acquise dans tous les cas d'annulation stipulés aux Conditions Générales Annulation par Bâloise.

La garantie est acquise à la souscription du RÉGIME COMMUN de la CMCM sans délai de carence.

ARTICLE 2 – GARANTIE ANNULATION DE VOYAGE

Si l'affilié ou le coaffilié doit annuler son voyage suite à une raison médicale majeure, «l'Assurance Annulation de Voyage» est à sa disposition pour intervenir dans le remboursement des frais engagés selon les règles et limitations définies ci-dessous. Les garanties ci-dessous sont mises en oeuvre par Bâloise Assurances Luxembourg.

2.1. Garanties – Remboursement des frais et débits

La prise en charge totale des frais administratifs de modification de voyage ou de séjour. Le remboursement des frais et débits éventuels dont les affiliés ou coaffiliés seraient redevables en cas d'annulation de voyage qui trouverait sa cause dans une des circonstances énumérées ci-après :

- Une maladie grave, un accident, le décès, de :
 - l'affilié/coaffilié ;
 - un accompagnateur ;
 - un membre de la famille jusqu'au deuxième degré de parenté ;
 - une personne vivant sous son toit et dont il a la charge ou la garde.
- En cas d'accouchement prématuré (avant la 33^{ème} semaine) d'un membre de la famille de l'affilié/coaffilié jusqu'au deuxième degré de parenté.
- La grossesse de l'affiliée/coaffiliée en tant que telle pour autant que le voyage soit prévu durant les 3 derniers mois de la grossesse et que le voyage ait été souscrit avant le début de la grossesse.
- En cas de suppression par l'employeur des congés de l'assuré dans les cas suivants, pour autant que l'événement se produise dans les trente jours qui précèdent le départ :
 - à la suite d'une maladie ou de l'accident d'un collègue chargé de son remplacement ;
 - si l'affilié/coaffilié doit présenter un examen dans le cadre médical d'une activité professionnelle ;
 - lorsque l'affilié/coaffilié ne peut pas être vacciné pour une raison médicale, à condition que cette vaccination soit exigée par les autorités locales.
- Quand l'affilié ou un membre de sa famille jusqu'au deuxième degré de parenté est appelé ou convoqué :
 - pour une transplantation d'organe(s) (comme donneur ou comme receveur).

2.2 Interruption de voyage

Le remboursement de solde des jours de vacances calculé au prorata des jours restants :

- En cas de rapatriement pour raison médicale contractuellement prévu et organisé par nos soins ou par une autre compagnie d'assistance ;
- En cas de retour anticipé dans les cas suivants :
 - un décès d'un membre de la famille jusqu'au deuxième degré de parenté ;
 - une hospitalisation du conjoint, père, mère, fils ou fille.

2.3 Exclusions spécifiques

Sont toujours exclus :

- dans tous les cas, les prestations garanties qui ne nous ont pas été préalablement demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par nous ou en accord avec nous ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnité compensatoire ;
- toute demande d'intervention pour des faits ou états antérieurs à la prise d'effet du contrat ou de faits survenus en dehors des dates de validité du contrat ;
- toute demande d'intervention résultant de la participation de l'affilié en tant que concurrent à des courses, des essais et à tous types de concours de vitesse ;
- les accidents subis sur circuit (exemple circuit de course ou toute autre installation) dans le but de conduire un véhicule dans des circonstances qui ne sont pas autorisées sur la voie publique (à l'exception des stages de conduite régis par la législation sur le permis de conduire ou promus par la Sécurité Routière a.s.b.l.) ;
- toute demande d'intervention dans des pays en état de guerre ou de troubles civils, ainsi que dans ceux où la libre circulation des personnes n'est pas autorisée ;
- le remboursement des droits de douane, des frais de taxi, et d'hôtel exposés sans notre accord préalable ;
- les rapatriements ayant pour origine :
 - les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le patient de poursuivre son voyage ;
 - les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement ;
 - les états de grossesse à moins d'une complication nette et imprévisible ;
 - les rechutes et les convalescences de toute affection en cours de traitement ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six derniers mois ou d'au moins trois épisodes de complication ou de rechute ayant chacun fait l'objet d'une hospitalisation dans les deux dernières années ;
- les frais de restauration ;
- les frais de téléphone en dehors des appels qui nous sont destinés ;
- toute demande d'intervention survenant au-delà des trois premiers mois de séjour à l'étranger ;
- toute demande d'intervention, technique ou médicale, alors que l'affilié se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou dans un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées ;

Ne donnent pas lieu à un remboursement :

- les frais de soins de santé prescrits et/ou exposés au Grand-Duché de Luxembourg, même s'ils sont consécutifs à une maladie ou un accident survenu à l'étranger ;
- les frais consécutifs à la poursuite d'un traitement d'une maladie antérieurement connue ; les frais consécutifs à une rechute de maladie contractée antérieurement au départ à l'étranger ou à une maladie mentale ayant fait l'objet d'un traitement, les cures en général ;
- les frais occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état physiologique (exemple : grossesse) à moins d'une complication nette et imprévisible ;
- les frais de lunettes, de verres de contact, de cannes et de prothèses en général ;
- les frais de traitement non reconnus par la Sécurité Sociale ;
- les interventions consécutives à une tentative de suicide, à l'usage de stupéfiants ;
- les frais d'accouchement, les interruptions volontaires de grossesse ;
- les examens périodiques de contrôle ;
- les médicaments qui n'ont pas fait l'objet d'une ordonnance médicale.

Circonstances exceptionnelles :

- Nous ne pouvons être tenue pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services en cas de guerres civiles ou étrangères, émeutes, actes de terrorisme, mouvements populaires, répressions, restrictions à la libre circulation, grèves, explosions, dégagements de chaleur ou irradiations provenant de la transmutation ou de la désintégration d'un noyau d'atome, de radioactivité ou dans tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.
- Le simple fait de grève ne donne pas droit aux prestations prévues par le présent contrat notamment en ce qui concerne le rapatriement.

Outre les exclusions ou limitations prévues par ailleurs :

- Les frais d'annulation sont exclus de l'assurance :
 - lorsque l'affilié/coaffilié n'est pas en mesure de nous fournir une facture de la réservation qui renseigne les dates, la destination et le prix du voyage ;
 - pour des séjours au Grand-Duché de Luxembourg de moins de 4 jours consécutifs ;
- pour des séjours de moins de 150 € ;
- pour les voyages inhérents à un complément de formation scolaire, quel que soit l'organisateur, à l'exception des voyages scolaires en groupe.

Sont exclus de l'assurance, les frais d'annulation qui résultent :

- de tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, d'événements de guerre, de grèves, d'émeutes, attentats, de troubles civils ou militaires ou de dommages causés par des véhicules de guerre ;
- sans préjudice des dispositions propres au § « Remboursement des frais et débits » ci-avant : d'un accouchement ;
- de troubles psychiques, névropathiques ou psychosomatiques, sauf s'il s'agit d'une première manifestation ;

- de l'insolvabilité de l'affilié ;
- sans préjudice des dispositions propres au § « Remboursement des frais et débits » ci-avant : des frais administratifs et d'autres frais analogues ;
- d'une maladie préexistante en phase terminale au moment de la réservation du voyage ;
- sans préjudice des dispositions propres au § « Remboursement des frais et débits » ci-avant : des retards causés par la circulation ;
- de tout ce qui n'est pas expressément ou formellement stipulé dans le présent contrat ;
- sans préjudice des dispositions propres au § « Remboursement des frais et débits » ci-avant : la suppression par l'employeur des congés de l'affilié à la suite de sous-effectif.

Les exclusions énoncées ci-devant sont applicables à l'affilié/coaffilié dont l'état médical est la cause de la demande d'intervention, pour autant que l'affilié ait eu connaissance de cet état médical.

2.4 Limites d'indemnisation

Annulation de voyage ou modification de voyage ou de séjour

Notre intervention dans les frais visés au § « Remboursement des frais et débits » se limite à 1.500 € par voyage et par personne.

Interruption de voyage :

- L'intervention se limite au prorata de la période non utilisée dans le cadre de « l'interruption de voyage ». Celle-ci peut être augmentée de 10% pour les activités (excursions, location de voiture, etc. ...) réservée lors du séjour et non utilisées.
- Dans le cadre de la pratique des sports d'hiver, nous remboursons les forfaits de ski-pass et les leçons de ski non utilisés suite à une interruption de voyage.

Territorialité

La garantie est acquise dans le monde entier.

Prise d'effet de la garantie

Les voyages réservés avant la souscription du contrat sont couverts pour autant que la date de départ soit fixée au-delà de la prise d'effet du contrat.



014.0621109

CMCM

ÄR GESONDHEETSMUTUELLE
ZANTER 1956

Postfach
L-2971 Luxembourg

Dienststelle Luxemburg-Gare
32-34, rue de Hollerich

Tel. 49 94 45-1
national@cmcm.lu

Mehr Informationen unter www.cmcm.lu

MIR SINN DO. FIR JIDDEREEN.