

Texte coordonné des statuts de la société de secours mutuels "Caisse Générale de Prévoyance"

Texte coordonné en vigueur au 1^{er} janvier 2010

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

Le texte coordonné des statuts de la Caisse Générale de Prévoyance, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007, a été approuvé par arrêté du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale du 21 juin 2006. Le texte coordonné des statuts a été publié au Mémorial B n° 51 du 13 juillet 2006.

Les statuts modifiés, entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ont été approuvés par arrêté du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale du 30 juin 2009 et publiés le 3 août 2009 au Mémorial B n° 68.

Ces publications sont prescrites par l'article 2 du règlement grand-ducal du 31 juillet 1961 déterminant le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tel qu'il a été modifié par celui du 8 mars 1967.

Art. 1er

La «Caisse Générale de Prévoyance du Grand-Duché de Luxembourg» (CGP) - ci-devant «Luxemburger Sterbekassenverein» fut fondée le 8 février 1880. Sa dénomination fut changée le 22 mars 1922 en «Caisse Générale de Prévoyance du Grand-Duché de Luxembourg».

Les cotisations et prestations ci-après sont calculées conformément au nombre-indice (cote d'application) en vigueur au 1er octobre qui précède l'année pour laquelle elles sont dues.

L'indice applicable est celui de l'indice général rattaché à la base 100 du 1er janvier 1948.

I. Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet :

1. d'accorder une indemnité en cas de décès d'un membre effectif ;
2. d'accorder des aides financières prévues par le Fonds de secours interne visé aux articles 35 à 38 des présents statuts ;
3. de faire bénéficier ses membres et membres honoraires des avantages de la mutualité luxembourgeoise ;
4. de contribuer à la réalisation de nouvelles initiatives mutualistes.

II. Composition

Art. 2

La mutuelle se compose de membres effectifs et de membres honoraires.

Art. 3

Les membres effectifs sont ceux qui, après avoir été admis à la mutuelle, s'acquittent du paiement des cotisations prévues aux articles 28 et 29 des statuts et qui participent de ce fait aux réalisations de la mutuelle. Ils se divisent en trois groupes :

Groupe A : ceux qui ont été admis avant le 1er janvier 1953 ;

Groupe B : ceux qui ont été admis depuis le 1er janvier 1953 ;

Groupe C : ceux qui sont admis depuis le 1er janvier 1982.

Art. 4

Peuvent devenir membres honoraires, ceux qui ont dépassé l'âge de 65 ans et qui, sans avoir droit à une indemnité de décès, paient une cotisation annuelle de 0,37 € au nombre-indice 100. Ils ont cependant droit aux prestations prévues aux articles 35, 36, 37 et 38 des statuts.

III. Conditions d'admission

Art. 5

Peuvent être admis comme membres effectifs toutes les personnes âgées de 18 à 65 ans accomplis. Les mineurs d'âge peuvent devenir membre à partir de l'âge de 15 ans, sous réserve de l'accord du père ou de la mère ou du tuteur. Peuvent également s'affilier les membres d'autres sociétés de secours mutuels.

Art. 6

Le membre qui désire être admis doit remplir une demande d'adhésion. Dans cette demande il doit se décider par écrit s'il désire souscrire à une indemnité de décès variant de 14,87 à 297,40 € au nombre-indexe 100.

Art. 7

Le conseil d'administration décide à la majorité des voix sur chaque demande d'adhésion, ainsi que sur toute demande d'affiliation en groupe.

Nul ne peut être affilié plus d'une fois en tant que membre individuel, sauf en cas d'adhésion postérieure par le biais d'une affiliation en groupe.

Art. 8

Pour la fixation de la cotisation, la date d'admission est calculée par années entières.

Art. 9

Lors de l'adhésion d'un couple, chaque conjoint ou partenaire légal au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats est admis comme membre individuel. La cotisation annuelle est fixée séparément selon l'âge de chacun des époux ou partenaires légaux. La cotisation annuelle est cumulée et sera prélevée ensemble.

Art. 10

Les personnes qui introduisent leur demande d'adhésion avant le 1er décembre sont admises rétroactivement au 1er janvier. Celles qui présentent leur demande d'adhésion à partir du 1er décembre sont admises à partir du 1er janvier de l'année suivante. Chaque membre a droit à un exemplaire des statuts avec confirmation du montant et de la cotisation annuelle et de l'indemnité de décès choisie.

IV. Conditions d'exclusion

Art. 11

Sont exclus de droit les membres qui, malgré un rappel écrit, ne se sont pas acquittés du paiement de leur cotisation annuelle.

Le membre exclu peut interjeter appel écrit devant le conseil d'administration.

Art. 12

Un membre qui s'expatrie ou change de domicile reste membre, sous condition de s'acquitter du paiement de ses cotisations.

Art. 13

La démission, le décès ou l'exclusion d'un membre au cours d'un exercice ne donnent pas droit à la restitution des cotisations et autres paiements effectués.

V. Administration

A. Le conseil d'administration

Art. 14

Le conseil d'administration comprend neuf membres élus par l'assemblée générale par vote secret et à la majorité relative des voix, pour autant qu'il y ait plus de candidats que de postes à pourvoir.

Les candidatures pour le conseil d'administration doivent être adressées au président de la mutuelle au moins quinze jours avant l'assemblée générale. Ne sont éligibles que les membres qui sont affiliés à la mutuelle depuis au moins trois ans. Le renouvellement des membres du conseil d'administration se fait chaque année par tiers.

Les membres sortants sont rééligibles. Chaque membre du conseil d'administration qui, sans être excusé, n'a pas assisté à trois séances consécutives, peut être relevé de ses fonctions par l'assemblée générale.

Le conseil d'administration est autorisé à coopter, avec voix consultative, des membres en son sein, à choisir parmi les membres effectifs. Toutefois ces membres, pour être élus, devront poser leur candidature aux prochaines élections statutaires.

Art. 15

Le conseil d'administration élit en son sein un président, deux vice-présidents, un secrétaire, un secrétaire adjoint et un trésorier. En cas d'empêchement, les vice-présidents remplacent le président et le secrétaire adjoint le secrétaire.

Le conseil d'administration fixe les indemnités de présence et de représentation de ses membres, ainsi que celles des réviseurs de caisse.

Le conseil d'administration peut créer une ou plusieurs commissions de travail qui se composent de membres effectifs ou d'experts.

Il est autorisé à engager un ou plusieurs salariés.

Art. 16

Le président surveille et assure l'exécution des statuts. Il dirige les assemblées, signe tous les documents, décisions et délibérations et représente la mutuelle dans ses rapports avec l'administration publique. Il prend les dispositions nécessaires pour les réunions du conseil d'administration et la convocation de l'assemblée générale.

Art. 17

Le secrétaire est chargé, entre autres, de la rédaction des procès-verbaux des réunions, de la correspondance et des convocations.

Le trésorier se charge des recettes et des dépenses. Les dépenses doivent être contresignées par le président ou son représentant.

Lors de chaque assemblée générale ordinaire, le trésorier rend compte de la situation financière.

Art. 18

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'exigent les activités de la mutuelle, mais au moins onze fois par année. Le conseil d'administration prend ses décisions à la majorité des voix. Il ne peut pas prendre de décisions si la majorité des membres n'est pas présente.

Si le conseil d'administration n'est pas en nombre lors d'une première séance, il peut prendre valablement une décision lors d'une nouvelle séance, sans préjudice du nombre des membres présents. Une nouvelle convocation écrite, avec le même ordre du jour, ne peut se faire qu'après un délai de quatre jours.

B. Les assemblées générales**Art. 19**

La mutuelle se réunit chaque année en assemblée générale au courant du premier semestre. Lors de cette assemblée le conseil d'administration rend compte de ses activités de l'année écoulée et présente le bilan.

Trois réviseurs de caisse sont élus par l'assemblée générale pour une période de trois ans.

Les réviseurs de caisse sont élus par vote secret et à la majorité absolue des voix, pour autant qu'il y ait plus de candidats que de postes à pourvoir.

Les candidatures pour le conseil de révision doivent être adressées au président de la mutuelle au moins quinze jours avant l'assemblée générale. Ne sont éligibles que les membres qui sont affiliés à la mutuelle depuis au moins trois ans.

Le renouvellement des membres du conseil de révision se fait chaque année par tiers. Les membres sortants sont rééligibles.

Chaque membre du conseil de révision qui, sans être excusé, n'a pas assisté à trois séances consécutives, peut être relevé de ses fonctions par l'assemblée générale.

Ils vérifient la comptabilité et les comptes de la mutuelle et présentent un rapport.

Art. 20

Les convocations aux assemblées ordinaires et extraordinaires doivent parvenir, avec indication de l'ordre du jour, au moins quinze jours à l'avance aux membres ou être publiées dans au moins deux quotidiens de la presse écrite.

Les décisions de l'assemblée générale sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Le président décide en cas d'égalité des voix.

Le président est tenu de convoquer dans les trente jours une assemblée générale extraordinaire, sur demande de la majorité des membres du conseil d'administration ou sur demande écrite et signée, avec indication de l'ordre du jour, de cent membres effectifs.

VI. Patrimoine de la mutuelle

Art. 21

Les recettes se composent des :

1. cotisations des membres effectifs et honoraires ;
2. cotisations pour le fonds de secours interne ;
3. droits d'entrée,
4. intérêts de capitaux et des loyers,
5. subventions de l'Etat et des communes ;
6. donations privées et des legs.

Art. 22

Le patrimoine de la mutuelle se compose d'immeubles, d'obligations de l'Etat et des communes, ainsi que de fonds déposés auprès d'instituts financiers agréés au Luxembourg.

Art. 23

Les avoirs de la mutuelle ne peuvent être utilisés en aucun cas à d'autres fins que celles prévues par les statuts.

Aucune cotisation ne peut être prélevée si elle n'est pas prévue par les statuts. Si la mutuelle adhère, sur décision de l'assemblée générale, à une caisse complémentaire mutualiste ou si elle en crée une elle-même, ces cotisations sont à charge des membres. Le conseil d'administration est autorisé à faire des dépenses dans un but mutualiste.

VII. Modifications statutaires - dissolution ou liquidation - arbitrage d'éventuels litiges

Art. 24

Chaque demande de modification des statuts ou règlements doit être soumise au conseil d'administration. Toute modification statutaire admise par le conseil d'administration doit être soumise à une assemblée générale extraordinaire convoquée expressément à cette fin. Pour être valables, les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents nonobstant le nombre de membres présents.

Art. 25

La mutuelle ne peut se dissoudre de sa propre autorité que si elle n'a plus les ressources suffisantes. La dissolution ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cette fin, avec indication expresse de l'ordre du jour.

Cette décision ne peut être prise que par une majorité des deux tiers des membres présents, après que cette assemblée aura délibéré sans succès pour réunir de nouvelles ressources.

Art. 26

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

VIII. Obligations des membres

Art. 27

Les membres doivent s'acquitter, lors de l'adhésion, d'une taxe d'inscription fixée à 0,62 € au nombre-indice 100

En cas d'adhésion simultanée d'un couple au sens de l'article 9 des statuts, chaque couple ne doit s'acquitter, lors de l'adhésion, que d'une seule taxe d'inscription telle que fixée à l'alinéa précédent.

Art. 28

Pour les membres du groupe A, prévu à l'article 3 des statuts, la cotisation annuelle fixée lors de l'adhésion est majorée de 50%. Il est loisible aux membres de ce groupe, âgés de 50 à 65 ans accomplis, de solliciter une majoration de leur indemnité de décès jusqu'à 297,40 € au nombre-indice 100. A cet effet, ils doivent opérer un rachat correspondant à chaque année dépassant cet âge, selon les tarifs en vigueur.

Art. 29

Les membres des groupes B et C prévus à l'article 3 paient une cotisation annuelle fixée par rapport à l'âge au moment de l'adhésion, par application de l'article 8. Cette cotisation est fixée comme suit pour une indemnité de décès de 14,87 € au nombre-indice 100:

de la 18^e jusqu'à la 28^e année de vie comprise : 0,25 € au nombre-indice 100 ;
de la 29^e jusqu'à la 35^e année de vie comprise : 0,32 € au nombre-indice 100 ;
de la 36^e jusqu'à la 41^e année de vie comprise : 0,42 € au nombre-indice 100 ;
de la 42^e jusqu'à la 47^e année de vie comprise : 0,52 € au nombre-indice 100 ;
de la 48^e jusqu'à la 53^e année de vie comprise : 0,69 € au nombre-indice 100 ;
de la 54^e jusqu'à la 59^e année de vie comprise : 0,92 € au nombre-indice 100 ;
de la 60^e jusqu'à la 65^e année de vie comprise : 1,39 € au nombre-indice 100.

Pour une indemnité de décès de 14,87 à 297,40 € au nombre-indice 100, la cotisation est doublée ou fixée au multiple des sommes précitées. La cotisation annuelle ne peut pas être inférieure à 0,74 € au nombre-indice 100.

Art. 30

La cotisation annuelle est à payer au cours du premier trimestre. Pour les membres admis au cours de l'année, la cotisation annuelle est à payer dans les trente jours suivant l'invitation, mais en tout cas avant la fin de l'année.

Les frais de recouvrement et de rappel des cotisations arriérées sont à charge du membre. Les cotisations éventuellement payées de trop en cas de décès sont restituées aux héritiers.

IX. Obligations de la société de secours mutuels

A. Indemnité de décès

Art. 31

A. Pour les membres du groupe A, l'indemnité de décès choisie lors de l'adhésion est doublée.

B. L'indemnité de décès est payée aux héritiers. Elle s'élève à:

- 33% pendant la 1^{ère} année d'affiliation,
- 66% pendant la 2^e année d'affiliation,
- 100% à partir de la 3^e année d'affiliation.

Pendant les trois premières années d'affiliation, l'indemnité de décès est payée intégralement en cas d'accident avec décès immédiat.

Art. 32

a) Pour les membres qui font partie de la mutuelle depuis 20 ans au moins, l'indemnité de décès est majorée de 50%.

b) Pour toute affiliation dépassant 20 années, l'indemnité de décès déterminée sub a) ci-avant s'accroît d'un montant fixe et invariable de 5% pour chaque année supplémentaire d'affiliation.

Art. 33

Le paiement de l'indemnité de décès se fait au profit des héritiers légaux, sur présentation d'un acte de décès de l'état civil.

Art. 34

Ont droit aux indemnités de décès dans l'ordre suivant:

1. le conjoint ou partenaire légal survivant,

2. les enfants,
3. les parents,
4. les frères et sœurs.

Il est cependant loisible au membre de désigner comme seul ayant droit une personne ou un organisme de son choix.

Le cas échéant, l'indemnité de décès peut être payée à la personne justifiant avoir avancé les frais de dernière maladie et d'enterrement.

B. Fonds de secours interne

Art. 35 - Objet

1. Le but du Fonds de secours interne, dénommé ci-après "le fonds" est d'accorder
 - a) une indemnité en cas de maladie ;
 - b) une allocation de naissance ;
 - c) une allocation pour frais de transport en ambulance ;conformément aux articles 36, 37 et 38 ci-après.
2. L'affiliation à ce fonds est obligatoire pour tous les membres effectifs et honoraires.
3. La cotisation annuelle perçue avec la cotisation de la mutuelle s'élève à 0,68 € au nombre-indice 100 par membre.
4. Pour garantir le paiement des prestations du fonds, il est constitué une réserve statutaire qui ne peut être inférieure à la moitié de la moyenne annuelle calculée sur la base des prestations annuelles des cinq exercices précédant l'exercice en cours.
5. Pour avoir droit aux prestations prévues aux articles 36, 37 et 38 ci-après, les membres doivent avoir été affiliés depuis trois années au moins auprès de la CGP.
6. Les membres exclus ou démissionnaires n'ont plus droit aux prestations.

Art. 36 - Secours en cas de maladie

1. Les ayants droit à un secours en cas de maladie sont :
 - a) les membres effectifs et les membres honoraires ;
 - b) les enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs pour autant qu'ils bénéficient de la coassurance en matière d'assurance maladie du chef de leur père ou mère.
2. Les prestations du fonds consistent dans le remboursement partiel du découvert de frais de soins de santé, avancés par l'affilié au courant d'un exercice, et résultant de la différence entre le total des frais exposés et le total des frais pris en charge par l'assurance maladie légale.
Sous réserve des paragraphes 3 à 5 ci-après le remboursement s'élève à 25 % de la somme qui reste à charge de l'affilié, qui doit s'élever au moins à 45 € au nombre-indice 100 et au plus à 1 250 € au nombre-indice 100 par membre et année de calendrier. Le même seuil inférieur est appliqué en cas d'affiliation simultanée de deux époux ou partenaires au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats.
Selon la situation financière du fonds de secours interne, le conseil d'administration est autorisé, en présence de certains cas de rigueur, à accorder un secours extraordinaire, sur présentation des pièces justificatives demandées.
3. Les décomptes de l'assurance maladie de l'année de calendrier sont à soumettre au conseil d'administration jusqu'au 31 mai au plus tard de l'année subséquente, à moins que, sans la faute du membre, un décompte n'ait pu être soumis pour cette date.
4. Sont également considérées comme pièces justificatives, les factures se rapportant aux soins de santé dûment autorisées par l'assurance maladie, telles que les participations aux frais pharmaceutiques, médicaux ou thérapeutiques.
5. Ne sont pas à charge du fonds les frais pour :
 - a) les traitements esthétiques ;
 - b) les affections provoquées par des actes et faits de guerre ou par un cataclysme ;
 - c) les accidents de travail et de trajet ;
 - d) les convenances personnelles ;
 - e) les montures de lunettes dépassant 40 € au nombre-indice 100 ;
 - f) les séjours et traitements dans des centres neuropsychiatriques et analogues ;
 - g) les cas d'hébergement ;
 - h) toutes cures ;
 - i) les traitements refusés ou non autorisés par l'assurance maladie ;
 - j) les prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance ;

k) les perruques dépassant 125 € au nombre-index 100.

Art. 37 - Allocation de naissance

1. Une allocation de naissance est allouée à l'affilié lors de la naissance d'un enfant.
2. Cette allocation s'élève à 30 € au nombre-index 100 si l'un des parents est affilié à la CGP.
En cas d'affiliation simultanée de deux époux ou partenaires au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats l'allocation de naissance est doublée.
L'allocation de naissance est calculée conformément au nombre-index du 1er octobre (cote d'application) de l'année qui précède la naissance de l'enfant.
3. L'allocation de naissance est également allouée en cas de naissance d'un enfant naturel, de l'adoption d'un enfant jusqu'à l'âge de 4 ans accomplis et de la présentation d'un enfant sans vie.
4. L'allocation de naissance est allouée sur présentation d'un acte de naissance respectivement d'un acte de décès de l'enfant. En cas d'adoption, il y a lieu de présenter un nouvel acte de naissance.
5. Le délai de forclusion, au-delà duquel les affiliés ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à 3 années comptées à partir de la date de la naissance, de la présentation sans vie ou de la date du jugement prononçant l'adoption de l'enfant.

Art. 38 - Allocation pour frais de transport en ambulance

1. Les ayants droit à une allocation pour frais de transport en ambulance sont :
 - a) les membres effectifs et les membres honoraires ;
 - b) les enfants appartenant au ménage de l'affilié(e) et pour lesquels sont versées les allocations familiales légales.
2. Sera pris en charge le transport en ambulance respectivement à l'intérieur du pays et à l'étranger, selon le fichier B 6 et d'après les codes énumérés « Prestations de voyage et de transport » des statuts de l'Union des Caisses de Maladie et figurant respectivement à l'annexe I et à l'annexe II des statuts de la CGP.
3. Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux points 4. et 5. ci-après, la participation aux frais de transport en ambulance s'élève à la différence entre les tarifs prévus au point 2. ci-avant et les prestations de l'assurance maladie et, le cas échéant, de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste (CMCM).
En application de ce qui précède le montant maximal de l'allocation est calculé comme suit :
 - a) le remboursement de l'assurance maladie est déduit des tarifs ou codes figurant à l'annexe I «transport en ambulance à l'intérieur du pays»;
 - b) les remboursements de l'assurance maladie et de la CMCM sont déduits des tarifs ou codes figurant à l'annexe II «transport en ambulance à l'étranger».
4. Toutefois, le montant total de l'allocation calculée en application du point 3. ci-avant ne peut dépasser la somme de 500 € par bénéficiaire et par année de calendrier.
5. En outre, l'allocation ne peut, en aucun cas, dépasser le découvert restant à charge de l'ayant droit, après participation de l'assurance maladie et/ou de la CMCM.
6. Pour avoir droit à l'allocation, les pièces justificatives suivantes sont à présenter :
 - a) la demande en remboursement mise à la disposition des requérants par le secrétariat de la CGP ;
 - b) l'original des factures de l'entreprise de transport d'ambulance pour les frais qui dépassent le montant pris en charge par l'assurance maladie, respectivement les copies ou photocopies des factures pour les frais avancés par l'assuré;
 - c) les décomptes de remboursement de l'assurance maladie.Sont à considérer comme pièces justificatives, les factures relatives aux transports précités pour autant que ces transports aient été pris en charge par l'assurance maladie.
7. Les pièces justificatives de l'année de calendrier sont à soumettre au conseil d'administration jusqu'au 31 mai au plus tard de l'année subséquente, à moins que, sans la faute du membre, un décompte de l'assurance maladie n'ait pu être soumis pour cette date.
8. Si au cours de l'année l'assurance maladie modifie des dispositions s'appliquant aux prestations de transport en ambulance, le conseil d'administration de la CGP peut s'y rallier.
9. Le transport aérien et le taxi-ambulance ne sont pas pris en charge par le fonds de secours interne de la CGP.

ANNEXE I

TRANSPORT EN AMBULANCE A L'INTERIEUR DU PAYS

1. Traitement stationnaire dans un établissement hospitalier luxembourgeois

- | | | | |
|------|--|---------|---|
| 1.1. | A l'entrée | VT 1103 | transport urgent en ambulance du SAMU (urgence degré I) |
| | | VT 1104 | transport simple en ambulance |
| 1.2. | A la sortie | VT 1204 | transport simple en ambulance |
| | - vers le lieu de séjour habituel | | |
| | - vers un établissement de convalescence | | |

2. Traitement ambulatoire dans un établissement hospitalier luxembourgeois

- | | | | |
|-------|--|---------|---|
| 2.1. | Transport simple non urgent | | |
| 2.1.1 | pour l'aller | VT 2114 | transport simple en ambulance |
| 2.1.2 | pour le retour | VT 2124 | transport simple en ambulance |
| 2.2. | Transport en série | | |
| 2.2.1 | pour l'aller | VT 2214 | transport en ambulance (APCM) ¹ |
| 2.2.2 | pour le retour | VT 2224 | transport en ambulance (APCM) |
| 2.3. | Transport simple pour tout traitement en polyclinique | | |
| 2.3.1 | pour l'aller | VT2313 | transport urgent en ambulance du SAMU (urgence degré I) |
| 2.3.2 | pour le retour | VT 2324 | transport simple en ambulance |
| 2.4. | Transport aller et retour pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur dans un atelier spécialisé | VT 2704 | transport simple en ambulance |

3. Traitement dans un centre spécialisé luxembourgeois

- | | | | |
|-------|--|---------|-------------------------------|
| 3.1. | Transport simple lors d'un traitement ambulatoire ou stationnaire dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle | VT 3114 | transport simple en ambulance |
| 3.1.1 | pour l'aller | VT 3124 | transport simple en ambulance |
| 3.1.2 | pour le retour | VT 3134 | transport simple en ambulance |
| 3.1.3 | pendant un traitement l'aller et le retour vers un autre établissement hospitalier pour y recevoir des soins qui ne peuvent être dispensés dans l'établissement où séjourne la personne protégée | | |
| 3.2. | Transport en série lors d'un traitement ambulatoire ou stationnaire dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle | VT 3214 | transport en ambulance (APCM) |
| 3.2.1 | pour l'aller | VT 3224 | transport en ambulance (APCM) |
| 3.2.2 | pour le retour | | |
| 3.3. | Transport en série lors d'un traitement dans un autre centre | VT 3304 | transport en ambulance (APCM) |

ANNEXE II

¹ APCM = autorisation préalable du contrôle médical de la Sécurité Sociale

TRANSPORT EN AMBULANCE A L'ETRANGER

4. Traitement à l'étranger

4.1. Transport simple lors d'un traitement à l'étranger et sur le continent européen, dûment autorisé

4.1.1 pour l'aller

VT 4113 transport urgent en ambulance du SAMU (urgence degré I)

VT 4114 transport simple en ambulance (APCM)²

4.1.2 pour le retour

VT 4124 transport simple en ambulance (APCM)

4.2. Transport en série lors d'un traitement à l'étranger et sur le continent européen, dûment autorisé

4.2.1 pour l'aller

VT 4214 transport simple en ambulance (APCM)

4.2.2 pour le retour

VT 4224 transport simple en ambulance (APCM)

² APCM = autorisation préalable du contrôle médical de la Sécurité Sociale