



REGLEMENT INTERIEUR

DE LA

CAISSE DE COORDINATION AUX ASSURANCES

SOCIALES DE LA RATP

Conformément aux dispositions du Décret 2004-174 du 23 février 2004

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

- Chapitre 1 – Affiliation à la Caisse
- Chapitre 2 – Le maintien des droits

TITRE 2 – FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Chapitre 1 – Les séances du Conseil d'administration
- Chapitre 2 – Les moyens du Conseil d'administration
- Chapitre 3 – Les Commissions
 - Section 1 – Disposition commune à toutes les commissions
 - Section 2 – La Commission de contrôle financier
 - Section 3 – La Commission des secours
 - Section 4 – La Commission action sociale et prévention
 - Section 5 – Les Commissions de recours amiable
 - Section 6 – La Commission d'invalidité
 - Section 7 – La Commission des rentes
 - Section 8 – Les Commissions médicales

TITRE 3 – LES PRESTATIONS LEGALES SERVIES PAR LA CAISSE

- Chapitre 1 – L'assurance maladie
 - Section 1 – Les prestations en nature
 - Section 2 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel
 - Sous section 2 – Le temps partiel pour motif thérapeutique
 - Sous section 3 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel
 - Sous section 4 – Le Congé spécial d'ordre médical
- Chapitre 2 – L'assurance maternité
 - Section 1 – Les prestations en nature
 - Section 2 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel
 - Sous section 2 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel
- Chapitre 3 – L'assurance invalidité

- Chapitre 4 – L’assurance décès
 - Section 1 – Les dispositions du Statut du personnel
 - Section 2 – Le capital décès

- Chapitre 5 – L’assurance accidents du travail et maladies professionnelles
 - Section 1 – Définitions
 - Sous section 1 – Accidents du travail et de trajet
 - Sous section 2 – Maladies professionnelles
 - Section 2 – Les prestations en nature
 - Section 3 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du personnel
 - Sous section 2 – Indemnisation de l’incapacité permanente
 - Sous section 3 – Faute inexcusable ou intentionnelle de l’employeur
 - Sous section 4 – Faute de la victime
 - Section 4 – Déclarations et formalités
 - Sous section 1 – Accidents du travail et de trajet
 - Sous section 2 – Maladies professionnelles
 - Section 5 – Instructions

- Chapitre 6 – Les voies de recours
 - Section 1 – Les contestations d’ordre médical
 - Section 2 – Les contestations des décisions prises par la Caisse
 - Sous section 1 – La conciliation
 - Sous section 2 – La commission de recours amiable
 - Section 3 – Les dispositions statutaires

TITRE 4 – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE

TITRE 5 – LES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES SERVIES PAR LA CAISSE

- Chapitre 1 – Les prestations supplémentaires obligatoires
 - Section 1 – Les cures thermales
 - Section 2 – Prise en charge du Ticket modérateur pour les affections hors liste et polyopathologies

- Chapitre 2 – Les prestations supplémentaires facultatives

TITRE 6 – ACTION SOCIALE ET PREVENTION

- Chapitre 1 – Les secours
- Chapitre 2 – La prévention
 - Section 1 – Les délibérations du Conseil d'administration
 - Section 2 – Les programmes nationaux
 - Section 3 – L'examen de santé
 - Section 4 – Prévention auprès des assurés diabétiques
 - Section 5 – Prévention des cancers féminins
 - Section 6 – Prévention bucco-dentaire destinée aux enfants
 - **Section 7 – Prévention des pathologies liées au tabac**
- Chapitre 3 – L'aide au foyer
- Chapitre 4 – L'aide au maintien à domicile
- Chapitre 5 – Aide à la prise en charge d'une couverture complémentaire

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

- Chapitre 1 – Affiliation à la Caisse
- Chapitre 2 – Le maintien des droits

Chapitre 1 – Affiliation à la Caisse

Article 1

Sont affiliés obligatoirement à la Caisse :

En qualité d'assuré social,

1. Les agents du cadre permanent de la RATP;
2. Les anciens agents du cadre permanent de la Régie autonome des transports parisiens titulaires d'une pension, allocation ou rente viagère au titre du règlement des retraites du personnel de la RATP, dès leur admission à la retraite ;
3. Les titulaires d'une pension à jouissance différée ou d'une pension de réversion au titre du même règlement, dès l'entrée en jouissance de la pension ;
4. Les personnes bénéficiant des dispositions de l'article L 311-5 du code de la sécurité sociale.

En qualité d'ayants droit,

5. Les membres de la famille de l'assuré au sens des dispositions légales du code de la sécurité sociale¹ :
 - (a) le conjoint de l'assuré à condition qu'il n'exerce aucune activité salariée et qu'il ne soit pas garanti par un autre régime obligatoire de sécurité sociale ;
 - (b) les enfants de moins de 16 ans, non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis ;
 - (c) les enfants de moins de 20 ans poursuivant leurs études ;
 - (d) les enfants de moins de 20 ans qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;
 - (e) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^{ème} degré ou l'allié au même degré de l'assuré social remplissant la double condition :
 - ◆ vivre sous le toit de l'assuré,
 - ◆ se consacrer exclusivement aux activités du foyer et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à charge de l'assuré.
6. La personne vivant maritalement avec l'assuré social et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente² :
 - ◆ le concubin,
 - ◆ la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité.

¹ Article L 313-3 du Code de la sécurité sociale

² Article L 161-14 du Code de la sécurité sociale

7. La personne vivant depuis 12 mois consécutifs avec l'assuré social et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente :
- ◆ le cohabitant.

Chapitre 2 – Le maintien des droits

Article 2

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité décès pendant une période de **12 mois** pour les prestations en nature et 12 mois pour les prestations en espèces.

Si pendant la période de maintien de droit, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayants droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le maintien du droit aux prestations est supprimé.

A la fin de la période de maintien de droit, la Caisse s'assure que l'assuré, quelle que soit sa situation, bénéficie par ailleurs d'une autre couverture sociale. L'assuré est informé, par la Caisse, avant toute décision concernant ses droits.

TITRE 2 – FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Chapitre 1 – Les séances du Conseil d'administration
- Chapitre 2 – Les moyens du Conseil d'administration
- Chapitre 3 – Les Commissions
 - Section 1 – Disposition commune à toutes les commissions
 - Section 2 – La Commission de contrôle financier
 - Section 3 – La Commission des secours
 - Section 4 – La Commission action sociale et prévention
 - Section 5 – Les Commissions de recours amiable
 - Section 6 – La Commission d'invalidité
 - Section 7 – La Commission des rentes
 - Section 8 – Les Commissions médicales

Chapitre 1 – Les séances du Conseil d'administration

Article 3

Conformément à l'article 14 des Statuts de la Caisse, le Conseil d'administration tient en principe une réunion ordinaire par mois, selon un calendrier annuel préétabli soumis à l'accord du Conseil en fin d'année. Les réunions se tiennent, en principe, le dernier vendredi de chaque mois.

Au cas où le Conseil d'administration décide la tenue d'une réunion extraordinaire, conformément à l'article 14 des Statuts, il détermine en même temps la date et l'heure de cette réunion.

Article 4

L'ordre du jour des séances du Conseil d'administration est arrêté par le Bureau du Conseil d'administration de la Caisse.

Le Bureau, mentionné à l'alinéa précédent, est composé :

- du Président du Conseil d'administration,
- du Président du Conseil de Prévoyance,
- du Président de la Commission action sociale et prévention.
- du Président de la Commission des Secours.

Les membres du Conseil d'administration ont la faculté de demander au Bureau qu'une question déterminée soit portée à l'ordre du jour, soit par oral en fin de séance, soit par écrit au moins 15 jours avant la tenue de la séance.

Le Bureau ainsi saisi, inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance, le point demandé.

Cependant, afin de tenir compte de la technicité de certaines questions, le Bureau, après information du Conseil d'administration, peut reporter son inscription à l'ordre du jour d'une séance ultérieure, et au plus tard dans les 3 mois.

Outre les demandes des administrateurs, sont portés à l'ordre du jour :

- à chaque séance : l'adoption du procès verbal de la séance précédente et la présentation des questions d'actualité de la Caisse par le Directeur ou son représentant, ainsi que les demandes de secours ayant donné lieu à partage égal des voix ;
- au moins une fois par trimestre, l'examen de la situation des comptes de la Caisse arrêtés au dernier jour du trimestre précédent ;
- au moins une fois par semestre, les travaux et le cas échéant le rapport de la Commission Action sociale et prévention ;
- au moins une fois par an, la préparation du budget annuel, l'établissement des comptes annuels de la Caisse et l'établissement du rapport annuel.

A la demande de la majorité des membres représentant les assurés ou la Direction de la RATP au Conseil d'administration, il peut être inscrit en début et discuté en fin de séance une question ne figurant pas à l'ordre du jour.

Article 5

L'ordre du jour est communiqué aux membres du Conseil d'administration au moins 10 jours ouvrables avant la séance.

Un dossier comprenant notamment le procès verbal validé à la séance précédente, le projet de procès verbal de la séance précédente ainsi que la situation des comptes de la Caisse arrêtés au dernier jour du mois précédent, est adressé aux administrateurs en même temps que l'ordre du jour.

Article 6

La séance du Conseil d'administration doit se poursuivre jusqu'à épuisement de l'ordre du jour.

Chapitre 2 – Les moyens du Conseil d'administration

Article 7

Conformément à l'article 24 des Statuts de la Caisse, la RATP accorde aux membres du Conseil d'administration appartenant au personnel en activité de service le temps nécessaire à l'exercice de leur mandat :

- 1 journée de relève pour assister à la séance du Conseil d'administration, ainsi qu'une journée de relève destinée à préparer la réunion du Conseil ;
- 1 journée de relève pour assister aux commissions visées aux alinéas 1, 2 et 3 de l'article 13 des Statuts de la Caisse, ainsi qu'une journée de relève destinée à l'étude et à la préparation des dossiers ;

Article 8

Pour les commissions visées aux alinéas 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de l'article 13 des Statuts de la Caisse, les membres du Conseil de prévoyance représentant les assurés, par délégation du Conseil d'administration de la Caisse, disposent des moyens définis à l'annexe 13/7 au Statut du Personnel et notamment aux articles 50 et 51 du chapitre 10.

Article 9

Les membres du Conseil d'administration bénéficient des formations de préparation à l'exercice de leur fonction, notamment dans les domaines financiers et réglementaires.
Le programme de formation ainsi que sa durée sont arrêtés par le Conseil d'administration.

Chapitre 3 – Les Commissions

- Section 1 – Disposition commune à toutes les commissions

Article 10

Le secrétariat des commissions est assuré par les services de la Caisse. Les convocations ainsi que les dossiers le cas échéant, sont adressés aux membres de la commission au moins 10 jours ouvrables avant la tenue de la commission.

Les administrateurs titulaires 1, Présidents des différentes commissions, ne peuvent en cas d'absence être remplacés en tant que président par un suppléant ; ils sont remplacés pour les présidences des commissions par les titulaires 2 ou 3.

Le conseil de prévoyance désigne pour chaque commission où il siège par délégation du Conseil d'Administration et en fonction de chaque dossier, les membres appelés à siéger.

- Section 2 – La Commission de contrôle financier

Article 11

La commission de contrôle financier définie au 1^{er} alinéa de l'article 13 des Statuts, se réunit au moins deux fois par an : pour l'établissement du budget de la Caisse ainsi que pour l'étude des comptes de la Caisse en vue de leur approbation par le Conseil d'administration de la RATP.

- Section 3 – La Commission des secours

Article 12

La commission des secours définie à l'alinéa 2 de l'article 13 des Statuts se réunit au moins une fois par mois, et en principe dans la semaine qui précède la séance du Conseil d'administration de la Caisse, afin d'examiner les demandes de secours tels que définis au Chapitre 1 du Titre 6 du présent règlement.

La Commission statue sur dossier.

Article 13

Toute demande de secours présentant un caractère absolu d'urgence, parvenue au secrétariat du Conseil postérieurement à la date d'envoi des convocations, peut être soumise à la commission.

- Section 4 – La Commission action sociale et prévention

Article 14

La commission action sociale et prévention, définie à l'alinéa 3 de l'article 13 des Statuts, se réunit au moins une fois par trimestre. A la demande de la majorité de ses membres, la commission peut inviter à ses réunions toute personne susceptible de l'aider dans ses missions.

Article 15

Le Conseil d'administration statue sur les propositions élaborées par la commission action sociale et prévention.

- Section 5 – Les Commissions de recours amiable

Article 16

La commission de recours amiable du risque maladie-maternité, ainsi que la commission de recours amiable du risque accidents du travail et maladies professionnelles, définies aux alinéas 4 et 5 de l'article 13 des Statuts, se réunissent à la demande des services de la Caisse, et dans un délai d'un mois à compter de la demande de recours.

Le secrétariat des commissions de recours amiable est assuré par les services de la Caisse.

Article 17

Conformément à la loi n°2000-231 du 12 avril 2000, toute demande de recours fera l'objet d'un accusé de réception par les services de la Caisse.

Ce courrier indiquera à l'assuré la possibilité pour lui de contacter le Conseil de prévoyance habilité à recevoir les réclamations concernant le régime spécial, conformément à l'article 35 de l'annexe 13/7 au Statut du Personnel, qui assurera sa représentation à la commission de recours amiable.

Article 18

Les commissions de recours amiable statuent en principe sur dossier.

L'assuré, informé par courrier de la date et du lieu de la commission, a la faculté d'y assister.

Toute pièce non versée au dossier, soit par l'assuré, soit par les membres du Conseil de prévoyance, ou les services de la Caisse, avant l'envoi des convocations, ne pourra être prise en compte par la commission de recours amiable.

Article 19

Les décisions de la commission de recours amiable, ou du Conseil d'administration en cas de partage égal des voix, sont notifiées par la Caisse, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux intéressés dans les huit jours qui suivent la séance de la commission.

Ceux-ci disposent d'un délai de deux mois, à compter de la notification, pour saisir en cas de contestation, le Tribunal des affaires de sécurité sociale de leur lieu de résidence.

- Section 6 – La Commission d'invalidité

Article 20

La commission d'invalidité définie à l'alinéa 6 de l'article 13 des Statuts se réunit à la demande des services de la Caisse.

Le secrétariat est assuré par les services de la Caisse.

Un représentant du Secteur chargé des pensions assiste à la commission à titre consultatif.

La commission d'invalidité statue en principe sur dossier, après avis du comité médical d'expertise ayant examiné l'assuré.

Article 21

Le comité médical d'expertise de la commission d'invalidité, prévu à l'alinéa 6 de l'article 13 des Statuts, se compose de deux membres :

- un médecin conseil de la Caisse,
- un médecin du Conseil de prévoyance.

Le comité donne un avis sur le degré d'invalidité de l'intéressé. Pour les assurés résidant hors de l'île de France, le comité peut faire appel au concours du médecin conseil de la caisse de sécurité sociale de leur lieu de résidence.

L'accord de l'agent du cadre permanent doit être sollicité dans cette hypothèse.

Article 22

Les médecins du comité médical d'expertise rédigent, pour chaque cas, un procès verbal mentionnant leur avis s'il a été formulé à l'unanimité ou leurs avis en cas de désaccord, et l'adressent ainsi que les pièces du dossier au service chargé du secrétariat de la commission.

Article 23

Les décisions de la commission d'invalidité sont prises à la majorité des voix.

En cas de partage égal des voix, l'avis du comité d'expertise médical s'il a été pris à l'unanimité, s'impose à la commission.

Dans le cas où le comité médical d'expertise émet deux avis divergents, l'avis du médecin conseil de la Caisse s'impose à la commission conformément aux dispositions légales applicables aux organismes de sécurité sociale³.

Article 24

Les décisions de la commission d'invalidité ont pour effet :

1. S'il s'agit d'agents réformés ou d'ex-agents, de préciser si leur invalidité est imputable au Service et de classer les intéressés dans une des catégories suivantes :
 - (a) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - (b) invalides absolument incapables d'exercer une activité quelconque ;
 - (c) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
2. S'il s'agit de veufs, de bénéficiaires d'une pension proportionnelle à jouissance différée ou d'orphelins, de déterminer si les intéressés sont atteints d'une infirmité ou d'une maladie incurable les mettant définitivement dans l'impossibilité de gagner leur vie ;
3. S'il s'agit de veuves âgées de 55 à 60 ans, visées au 2^{ème} alinéa de l'article 36 du Règlement des Retraites, de déterminer le pourcentage d'incapacité de travail dont elles sont atteintes.

³ Articles L 442-5, L 315-1 et L 315-2 du Code de la sécurité sociale

Article 25

Les décisions de la commission d'invalidité sont notifiées par la Caisse, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux intéressés dans les huit jours qui suivent la séance de la commission.

Ceux-ci disposent d'un délai de deux mois, à compter de la notification, pour saisir en cas de contestation, le Tribunal du contentieux de l'incapacité compétent.

- Section 7 – La Commission des rentes accident du travail et maladies professionnelles

Article 26

La commission des rentes définie à l'alinéa 7 de l'article 13 des Statuts se réunit à la demande des services de la Caisse.

Le secrétariat est assuré par les services de la Caisse.

La commission des rentes statue en principe sur dossier, après avis du comité médical d'expertise ayant examiné l'assuré.

Article 27

Le comité médical d'expertise de la commission des rentes accident du travail et maladies professionnelles, prévu à l'alinéa 7 de l'article 13 des Statuts, se compose de deux membres :

- un médecin conseil de la Caisse,
- un médecin du Conseil de prévoyance.

Le comité médical d'expertise donne un avis sur le taux d'incapacité permanente partielle de l'intéressé.

Article 28

Les médecins du comité médical d'expertise rédigent, pour chaque cas, un procès verbal mentionnant leur avis s'il a été formulé à l'unanimité et leurs avis en cas de désaccord et l'adressent ainsi que les pièces du dossier au service chargé du secrétariat de la commission.

Article 29

Les décisions de la commission des rentes sont prises à la majorité des voix.

En cas de partage égal des voix, l'avis du comité d'expertise médical s'il a été pris à l'unanimité, s'impose à la commission.

Dans le cas où le comité médical d'expertise émet deux avis divergents, l'avis du médecin conseil de la Caisse s'impose à la commission conformément aux dispositions légales applicables aux organismes de sécurité sociale⁴.

Article 30

Les décisions de la commission des rentes sont notifiées par la Caisse, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux intéressés dans les huit jours qui suivent la séance de la commission.

⁴ Articles L 442-5, L 315-1 et L 315-2 du Code de la sécurité sociale

Ceux-ci disposent d'un délai de deux mois, à compter de la notification, pour saisir en cas de contestation, le Tribunal du contentieux de l'incapacité compétent.

- Section 8 – Les Commissions médicales

Article 31

La commission médicale et la commission médicale d'appel sont définies respectivement aux articles 94 et 95 du Statut du personnel.

TITRE 3 – LES PRESTATIONS LEGALES SERVIES PAR LA CAISSE

- Chapitre 1 – L'assurance maladie
 - Section 1 – Les prestations en nature
 - Section 2 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel
 - Sous section 2 – Le temps partiel pour motif thérapeutique
 - Sous section 3 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel
 - Sous section 4 – Le congé spécial d'ordre médical
- Chapitre 2 – L'assurance maternité
 - Section 1 – Les prestations en nature
 - Section 2 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel
 - Sous section 2 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel
- Chapitre 3 – L'assurance invalidité
- Chapitre 4 – L'assurance décès
 - Section 1 – Les dispositions du Statut du personnel
 - Section 2 – Le capital décès
- Chapitre 5 – L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles
 - Section 1 – Définitions
 - Sous section 1 – Accidents du travail et de trajet
 - Sous section 2 – Maladies professionnelles
 - Section 2 – Les prestations en nature
 - Section 3 – Les prestations en espèces
 - Sous section 1 – Les dispositions du Statut du personnel
 - Sous section 2 – Indemnisation de l'incapacité permanente
 - Sous section 3 – Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur
 - Sous section 4 – Faute de la victime
 - Section 4 – Déclarations et formalités
 - Sous section 1 – Accidents du travail et de trajet
 - Sous section 2 – Maladies professionnelles
 - Section 5 – Instructions
- Chapitre 6 – Les voies de recours
 - Section 1 – Les contestations d'ordre médical
 - Section 2 – Les contestations des décisions prises par la Caisse
 - Sous section 1 – La conciliation
 - Sous section 2 – La commission de recours amiable
 - Section 3 – Les dispositions statutaires

Chapitre 1 – L'assurance maladie

Article 32

Les assurés et leurs ayants droit bénéficient des prestations d'assurances sociales s'ils ont leur résidence sur le territoire national.

Les frais de soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen sont remboursés dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, dans la limite des frais engagés.⁵ Les soins programmés (soins hospitaliers ou nécessitant un matériel lourd), dispensés dans ces mêmes pays, nécessitent l'accord préalable de la Caisse, hors l'hypothèse de soins inopinés⁶ ou sauf s'il existe des conventions.⁷

Lorsque les soins sont dispensés aux assurés et à leurs ayants droit hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, les prestations de l'assurance maladie ne sont pas servies sauf s'il existe des conventions ou des règlements internationaux, ou bien lorsqu'il s'agit de soins reçus inopinément lors d'un séjour à l'étranger ou encore lorsqu'il est démontré que les soins ne pouvaient pas être donnés sur le territoire français.⁸

Article 32-1

Conformément aux dispositions légales⁹ tout assuré et ayant droit de 16 ans ou plus indique à la Caisse le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.

Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste, un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les agents peuvent également désigner un médecin agréé, un médecin (généraliste ou spécialiste) d'un centre médical de la RATP comme médecin traitant.

La participation prévue à l'article 35 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsque est mis en œuvre un protocole de soins.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à la Caisse, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

⁵ Article R 332-3 du code de la sécurité sociale

⁶ Article R 332-4 du code de la sécurité sociale

⁷ Article R 332-5 du code de la sécurité sociale

⁸ Article R 332-2 du code de la sécurité sociale

⁹ Article L 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Les agents peuvent consulter les médecins agréés et les médecins des centres médicaux de la RATP, au même titre et aux mêmes conditions que leur médecin traitant.

Les retraités peuvent consulter les médecins des centres médicaux de la RATP, **dans le respect des règles du parcours de soins coordonné.**

- Section 1 – Les Prestations en nature

Article 33

L'assurance maladie comporte, conformément au Titre VI du Statut du personnel et aux dispositions légales¹⁰ :

- (a) la couverture des soins et actes médicaux dispensés par les centres médicaux de la RATP ;
- (b) la couverture des frais des soins dispensés par les médecins généralistes agréés ;
- (c) la couverture des frais de médecine générale et spéciale ;
- (d) la couverture des frais de soins et de prothèses dentaires ;
- (e) la couverture des frais pharmaceutiques et d'appareils (fournitures, accessoires, appareillage) ;
- (f) la couverture des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels ;
- (g) la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- (h) la couverture des frais d'interventions chirurgicales ;
- (i) la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- (j) la couverture des frais de transport nécessaire pour recevoir des soins ou subir les examens appropriés à leur état de santé, ainsi que pour se présenter à un contrôle prescrit en application du présent règlement ;
- (k) la couverture des frais de soins et d'hospitalisation relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ;
- (l) la couverture des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation en dehors de ces établissements, à l'exception des frais incombant à l'Etat ;

¹⁰ Article L 321-1 du Code de la sécurité sociale

- (m) la couverture des frais afférents à l'examen pré-nuptial ;
- (n) la couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes arrêtés en application des dispositions du Code de la santé publique¹¹ ;
- (o) la couverture des frais inhérents aux vaccinations obligatoires ;
- (p) la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au code de la santé publique¹².

Article 34

La part garantie par la Caisse ne peut excéder le montant des frais engagés. Elle est remboursée, soit directement à l'assuré, soit à l'établissement, au praticien ou au fournisseur dans les cas où l'assuré et ses ayants droit sont dispensés de l'avance des frais.

Article 35

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article 33 du présent règlement est fixée par les dispositions législatives et réglementaires applicables en matière de sécurité sociale¹³.

Cette participation nommée " ticket modérateur " peut être proportionnelle aux dits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Article 36

La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée (exonération du ticket modérateur) dans les conditions fixées par les dispositions réglementaires applicables aux organismes de sécurité sociale¹⁴.

Les dispositions du Statut du personnel, notamment l'article 87, prévoyant la gratuité des soins, les agents du cadre permanent bénéficient de la suppression du ticket modérateur dans les cas suivants :

- (a) pour les soins et actes médicaux dispensés par les centres médicaux de la RATP ;
- (b) pour les soins et actes médicaux dispensés par les médecins généralistes agréés ;
- (c) pour les actes et examens prescrits par les médecins généralistes ou spécialistes des centres médicaux de la RATP ;

¹¹ Article L 1411-2 du Code de la santé publique

¹² Article L 2132-2-1 du Code de santé publique

¹³ Article L 322-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁴ Articles L 322-3 et R 322-4 à R 322-9 du Code de la sécurité sociale.

- (d) pour les frais pharmaceutiques (à l'exclusion des médicaments et produits non remboursables) relatifs aux traitements prescrits par les médecins généralistes ou spécialistes des centres médicaux de la RATP et les médecins généralistes agréés ;
- (e) pour les frais d'hospitalisation dans un établissement conventionné, même en l'absence d'intervention chirurgicale. Ces frais comprennent les frais de séjour, les honoraires médicaux et chirurgicaux le cas échéant, les examens et les frais pharmaceutiques ; le forfait journalier reste à la charge de l'agent ;
- (f) pour les frais d'hospitalisation dans un établissement non conventionné, dans les mêmes conditions que celles définies ci-dessus et dans la limite des tarifs d'autorité fixés par la réglementation en vigueur.

Article 36-1

L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret¹⁵.

La participation forfaitaire s'applique aux actes et consultations réalisés par un médecin agréé, par un médecin généraliste ou spécialiste exerçant dans un centre médical de la RATP.

Un décret¹⁶ fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la Caisse ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir.

Dans un sens plus favorable aux dispositions légales, la participation forfaitaire ne peut être récupérée par la Caisse sur les prestations relevant de l'action sociale, de la prévention, et sur les prestations supplémentaires facultatives (articles 134 à 137 du présent règlement).

Article 37

La part du ticket modérateur définie aux alinéas (a) et (b) de l'article 36 du présent règlement est prise en charge directement par la Caisse.

La part du ticket modérateur définie aux alinéas (c), (d), (e) et (f) de l'article 36 du présent règlement est couverte par la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP.

La RATP procédera chaque année au transfert financier correspondant à ces prestations. Conformément à son obligation d'assureur social, ce transfert prévu au budget élaboré par le Conseil d'administration et approuvé par le Conseil d'administration de la RATP, figure dans les comptes de la Caisse avant d'être intégré aux comptes de la RATP.

¹⁵ Articles L 322-2 et D 322-2 à 4 du Code de la sécurité sociale

¹⁶ Articles D 322-2 à 4 du Code de la sécurité sociale

Article 38

Les tarifs de responsabilité et d'autorité, servant de base aux calculs des prestations, définies à l'article 33 du présent règlement, sont ceux fixés par les dispositions légales et réglementaires applicables en matière de sécurité sociale¹⁷.

Article 39

L'action de l'assuré et des ayants droit pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par la Caisse en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.

¹⁷ La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et la Liste des Produits et Prestations Remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

- Section 2 – Les Prestations en espèces

Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel

Article 40

Les agents en activité du cadre permanent bénéficient des dispositions du Chapitre 2 du Titre VI du Statut du personnel et notamment des articles 80, 81, 82, 83, 84 et 86.

Article 41

La Caisse, gestionnaire du régime spécial maladie dont bénéficient les agents, définit, dans le respect du Statut du personnel, les modalités du service des prestations définies à l'article 40 du présent règlement.

Article 42

L'agent dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre son travail doit faire constater, sauf cas de force majeure, cette incapacité par un médecin dans un délai de 16 heures.

En effet, le bénéfice des prestations ne peut être accordé qu'à l'occasion des arrêts de travail prescrits par un médecin.

Toutefois, il est possible de tenir compte des prescriptions d'arrêts de travail émanant de chirurgiens-dentistes (pour 3 jours d'arrêts maximum, au-delà l'avis du dentiste-conseil est sollicité) ou de sages-femmes, qui peuvent prescrire des arrêts de travail à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique et pour une durée qui ne saurait excéder 15 jours.

Article 42-1

Donnent lieu à indemnisation les prolongations d'arrêt de travail prescrites par :

- le médecin prescripteur de l'arrêt initial,
- le médecin traitant.

Donne également lieu à indemnisation :

- la prolongation prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant,
- la prolongation prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial,
- la prolongation prescrite par le médecin remplaçant le médecin traitant,
- la prolongation prescrite à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de la Caisse.

Si l'assuré n'apporte pas la preuve de l'impossibilité :

La 1ère fois, la Caisse rappelle à l'agent les règles applicables en matière de prolongation d'arrêt de travail, aucune retenue n'est effectuée.

La 2ème fois, la Caisse retient une journée sur l'indemnisation de la prolongation.

En cas de récurrence, la prolongation d'arrêt de travail n'est pas indemnisée par la Caisse.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Article 43

L'avis d'arrêt de travail ainsi que la prolongation d'arrêt de travail, le cas échéant, doivent être complétés et signés par le médecin ayant constaté l'incapacité de travail. Ce document ne doit en aucun cas être surchargé, complété ou corrigé par l'agent.

L'imprimé " Cerfa " de référence, qui comprend trois volets, est utilisé dans ces deux situations.

Article 44

La prescription de repos prend effet au jour de la constatation de l'incapacité de travail, sauf cas de force majeure dûment constaté.

Dans l'hypothèse où une prolongation d'arrêt de travail est prescrite avant la date d'échéance de la prescription antérieure, la nouvelle prescription prend effet à la date de la constatation médicale de cette prolongation.

Article 45

En cas d'arrêt de travail prescrit par un médecin agréé, l'agent adresse à la Caisse, dans les 48 heures, sauf cas de force majeure ou d'impossibilité absolue, les volets CERFA n° 1 et 2 de l'"Avis d'arrêt de travail" à l'aide de l'enveloppe T remise par son médecin agréé.

En cas d'arrêt de travail prescrit par un médecin de l'Espace santé de la RATP, les volets CERFA n° 1 et 2 de l'"avis d'arrêt de travail" sont adressés à la Caisse par l'Espace Santé de la RATP.

En cas d'arrêt de travail par un médecin dans le cadre du libre choix, les volets CERFA n° 1 et 2 de l'"Avis d'arrêt de travail" doivent être envoyés par l'agent à la Caisse dans les 48 heures suivant la date d'interruption du travail.

Ces dispositions sont applicables en cas d'arrêt de travail (y compris pendant une période de congé) dans tous les départements français (départements métropolitains et départements d'Outre-mer)

En cas d'arrêt de travail, pendant une période de congé, hors départements métropolitains et d'outre mer, il convient de respecter les dispositions suivantes :

1. Quelle que soit la durée de l'arrêt de travail :

- l'arrêt de travail ou l'avis d'hospitalisation, accompagné de toutes les informations médicales (prescriptions, courrier du médecin...) doivent être transmis à la Caisse dans les plus brefs délais.

2. Dans le cas où l'arrêt de travail prescrit couvre une période au-delà de la durée de congé accordé :

- l'agent est tenu de revenir dès l'expiration du congé, sauf cas de force majeur et compte tenu des contraintes liées à l'organisation technique du voyage, sur son lieu de résidence habituel.
- dès son retour, l'agent est tenu de consulter un médecin afin de faire constater son incapacité de travail.

La validation de l'arrêt de travail afférent à la période de congé en cause est soumise à l'accord de la Commission médicale.

Article 46

En cas d'hospitalisation, un bulletin de situation doit être envoyé à la Caisse, sauf cas de force majeure, dès l'admission, et tous les quinze jours dans le cas d'une hospitalisation de longue durée.

Article 47

L'assuré est tenu d'observer les prescriptions du praticien pendant la durée de l'arrêt de travail.

L'assuré ne doit quitter son domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. **Le praticien indique sur l'arrêt de travail :**

- soit que les sorties ne sont pas autorisées ;
- soit qu'elles le sont. Dans ce cas, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

L'avis de la médecine conseil de la CCAS est obligatoire. Cet avis motivé est rendu au maximum dans les quatre jours suivant la demande

Article 48

Pendant la période d'incapacité de travail, l'assuré ne doit pas quitter le lieu de résidence indiqué sur l'arrêt de travail ou à défaut son lieu de résidence habituelle, sauf justification médicale circonstanciée et accord préalable de la médecine conseil de la CCAS.

Cet avis motivé est rendu par la CCAS au maximum dans les quatre jours suivant la demande.

Article 49

Sont considérées comme une seule et même indisponibilité, deux indisponibilités pour la même pathologie, séparées par une reprise de travail inférieure à trois jours, ou par un congé ou un repos d'une durée inférieure à cinq jours.

Article 50

L'agent peut recevoir, pendant la période d'arrêt de travail, la visite à son domicile d'un enquêteur ou, le cas échéant, d'un médecin seul habilité à procéder à un examen médical.

Article 51

L'agent peut également être invité à se présenter à la Caisse :

- lors d'une consultation effectuée par un médecin conseil de la Caisse,

- lors d'une convocation des services administratifs de la Caisse.

Le médecin conseil peut procéder, conformément aux dispositions légales¹⁸, à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à un assuré.

Conformément aux dispositions légales¹⁹, le médecin conseil peut à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré, en arrêt de travail de plus de 3 mois, à reprendre son travail.

La Commission médicale, en charge du suivi des agents en arrêt de travail depuis plus de 3 mois, donne son avis sur la saisine du médecin du travail par le médecin conseil.

Article 52

L'inobservation de ces dispositions peut entraîner la suspension ou la suppression du bénéfice des prestations définies à l'article 40, en vertu de l'article 88 du Statut du personnel.

Sous section 2 – Le temps partiel pour motif thérapeutique

Article 53

Dans le but de favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent et permettre une reprise complète de l'activité professionnelle, une reprise de travail à temps partiel peut être autorisée. Deux conditions doivent être remplies :

- (a) la reprise de travail à temps partiel doit être médicalement prescrite et motivée par le médecin traitant de l'agent et acceptée par le médecin conseil de la Caisse ;
- (b) un arrêt de travail, quelle que soit sa durée, doit précéder immédiatement la reprise de travail ;

Article 54

Le médecin conseil chargé de se prononcer sur la demande de reprise à temps partiel pour motif thérapeutique, peut solliciter l'avis du médecin du travail en demandant une visite de pré-reprise, notamment lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible et en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires.

L'avis du médecin du travail devra être à nouveau sollicité lors de la reprise effective de l'activité professionnelle.

Article 55

Le médecin conseil fixe la durée du temps de travail, ainsi que la durée de la reprise à temps partiel pour motif thérapeutique. La durée totale accordée ne peut excéder un an, pour une même pathologie.

A titre exceptionnel, une prolongation peut être accordée après accord du médecin conseil.

¹⁸ Articles L 315-2-1 et R 315-2-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁹ Articles L 323-4-1 et D 323-3 du Code de la sécurité sociale

Article 56

La reprise peut s'effectuer dans l'emploi statutaire, ou dans un autre poste, selon l'avis du médecin du travail.

L'agent reprenant son emploi statutaire conserve tous les avantages de la situation de présence, notamment sa pleine rémunération calculée d'après celle prévue pour les agents assurant le même service à temps plein.

L'agent reprenant une activité à temps partiel pour motif thérapeutique dans un autre emploi bénéficie des mêmes dispositions, à l'exception des primes qui sont celles de l'emploi d'utilisation.

Sous section 3 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel

Article 57

Peuvent bénéficier du versement d'indemnités journalières maladie :

- (a) les personnes, qui conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale²⁰, bénéficient du maintien des droits au titre du chômage indemnisé,
- (b) les personnes, qui conformément à l'article 2 du présent règlement, bénéficient du maintien des droits aux prestations en espèces, pendant une durée d'un an à compter de la perte de la qualité d'assuré social ou d'ayants droit.

Article 58

Le volume des droits dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article 57 du présent règlement, est celui apprécié à la date de la perte de la qualité d'assuré social.

Article 59

La Caisse assure le versement des indemnités journalières maladie conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux organismes du régime général de sécurité sociale²¹.

²⁰ Article L 311-5 du Code de la sécurité sociale

²¹ L 323-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Sous section 4 – le congé spécial d'ordre médical

Article 59-1

Peuvent bénéficier de congé spécial d'ordre médical, les agents du cadre permanent demandeurs qui remplissent les conditions suivantes :

1^{ère} condition :

- être apte à son emploi.

2^{ème} condition :

- être ou avoir été atteint d'une affection de longue durée (ALD 30),
- être ou avoir été atteint d'une affection grave hors liste (dite 31^{ème} maladie),
- être ou avoir été atteint de poly-pathologies (dite 32^{ème} maladie),
- être ou avoir été atteint de poly-traumatismes.

3^{ème} condition :

- en comparaison avec les critères déterminant la reconnaissance de l'état d'invalidité de la 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie au sens des assurances sociales ; classement de l'agent par les médecins conseil en deux catégories A et B, y compris pour les agents dont l'état n'est pas stabilisé.

Article 59-2

Le volume du congé spécial accordé aux agents demandeurs est déterminé de la manière suivante :

- l'agent demandeur est reçu en consultation médicale par deux médecins conseil de la Caisse, qui peuvent s'ils l'estiment nécessaire et avec l'accord de l'agent, se mettre en rapport avec le médecin traitant et/ou le médecin du travail,
- l'avis rendu par les médecins conseil permet le classement de l'agent et la détermination du taux d'incapacité de travail :
 - ce taux étant compris entre 10 et 30 % pour la catégorie A
 - ce taux étant compris entre 30 et 60 % pour la catégorie B

En cas de désaccord concernant le classement dans l'une ou l'autre des catégories, l'avis d'un expert peut être sollicité à la demande de l'agent.

La décision prise par la Caisse sur avis de cet expert ne peut être contestée par l'agent.

La Commission médicale est informée des décisions prises par la Caisse.

Article 59-3

Les décisions (accord ou refus initial, renouvellement, changement de catégorie, sortie du dispositif) sont notifiées par la Caisse à l'agent et à son attachement (organisme de gestion).

L'organisme de gestion ne peut refuser l'attribution de ce congé spécial d'ordre médical

Dès réception de la décision rendue par la Caisse, l'organisme de gestion détermine en fonction du taux et des modalités de temps travail de l'agent, le volume du congé spécial d'ordre médical exprimé en nombre de jours.

En cas d'ouverture du congé en cours d'année, ce volume est calculé au prorata du nombre de jours restant à travailler.

L'agent organise, avec le responsable hiérarchique et le responsable des ressources humaines, les modalités d'utilisation de ce congé.

A la fin de l'année civile, le crédit de temps du congé spécial d'ordre médical non utilisé, ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

Article 59-4

Une fois par an, dans le courant du dernier trimestre, la Caisse procède à l'étude des dossiers des agents bénéficiaires du dispositif, les médecins conseil peuvent s'ils l'estiment nécessaire demander à l'agent de se présenter à une consultation médicale.

En cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de santé de l'agent, l'attribution de ce congé spécial d'ordre médical peut faire l'objet d'une nouvelle étude par les médecins conseil.

Chapitre 2 – L'assurance maternité

- Section 1 – Les Prestations en nature

Article 60

L'assurance maternité couvre :

- (a) les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation et de transport, relatifs à l'état de femme enceinte, à l'accouchement et à ses suites ;
- (b) les frais d'examens prescrits en application des dispositions du code de la santé publique.

Article 61

La déclaration de l'état de femme enceinte doit être adressée à la Caisse dans les quatorze premières semaines de la grossesse.

La déclaration est attestée par le document médical prévu à cet effet, constatant la passation du premier examen prénatal et la date de celui-ci.

Article 62

La participation de l'assurée est supprimée pour :

- (a) les prestations définies à l'article 60 du présent règlement ;
- (b) tous les soins, même sans rapport avec la grossesse, dispensés à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse jusqu'à la date où l'accouchement a lieu, à l'exclusion des médicaments dits « de confort » (vignette bleue) ;

Article 63

En outre, l'agent du cadre permanent bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les frais pharmaceutiques (à l'exclusion des médicaments et produits non remboursables) relatifs aux traitements prescrits par les médecins généralistes ou spécialistes des centres médicaux de la RATP et les médecins généralistes agréés.

- Section 2 – Les Prestations en espèces

Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel

Article 64

Les agents du cadre permanent bénéficient des dispositions de l'article 90 du Statut du personnel.

Sous section 2 – Les indemnités journalières pour les personnes ne bénéficiant pas des dispositions du Statut du personnel

Article 65

Peuvent bénéficier du versement d'indemnités journalières maternité :

- (a) les personnes qui bénéficient du maintien des droits au titre du chômage indemnisé²²,
- (b) les personnes, qui conformément à l'article 2 du présent règlement, bénéficient du maintien des droits aux prestations en espèces, pendant une durée d'un an à compter de la perte de la qualité d'assuré social ou d'ayants droit.

Article 66

Le volume des droits dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article 65 du présent règlement, est celui apprécié à la date de la perte de la qualité d'assuré social.

Article 67

La Caisse assure le versement des indemnités journalières maternité conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables au régime général²³.

²² L'article L 311-5 du code de la sécurité sociale

²³ Notamment aux articles L 331-3 et suivants du code de la sécurité sociale

Chapitre 3 – L'assurance invalidité

Article 68

L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail.

Article 69

Peuvent bénéficier de l'assurance invalidité :

- (a) les agents réformés, conformément à l'article 96 du Statut du personnel ;
- (b) les ex-agents pouvant se prévaloir des dispositions de l'article 1^{er} du décret n°55-1657 du 16 décembre 1955.

Article 70

L'assurance invalidité est servie conformément aux dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité sociale et conformément à l'article 96 du Statut du personnel et au règlement des retraites²⁴.

Article 71

La commission d'invalidité définie à l'alinéa 6 de l'article 13 des Statuts de la Caisse, se prononce sur l'état d'invalidité des bénéficiaires.

Article 72

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et continue d'ouvrir droit aux prestations en nature des assurances maladies et maternité.

La participation mentionnée à l'article 35 peut être limitée ou supprimée, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale²⁵, pour l'assuré reconnu invalide.

²⁴ Articles 19, 31-1, 32-6°, 33-2°, et 42-1 du règlement des retraites

²⁵ Article L 322-3 du Code de la sécurité sociale

Chapitre 4 – L'assurance décès

- Section 1 – Les dispositions du Statut du personnel

Article 73

L'indemnité décès est versée au conjoint d'un agent décédé, conformément aux dispositions de l'article 93 du Statut du personnel.

- Section 2 – Le capital décès

Article 74

Le capital décès prévu par les dispositions légales²⁶ est versé aux ayants droit dans le cas où ils ne peuvent bénéficier de l'indemnité décès prévue à l'article 73 de présent règlement.

²⁶ Articles L 361-1 et L 323-4 du Code de la sécurité sociale

Chapitre 5 – L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

- Section 1 – Définitions

Sous section 1 – Accident de travail et accident de trajet

Article 75

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu, par le fait ou à l'occasion du travail, à tout agent du cadre permanent.

Article 76

De la même façon est considéré comme un accident du travail, l'accident survenu pendant le trajet aller et retour²⁷, entre :

- (a) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial, et le lieu de travail ;
- (b) le lieu de travail et le restaurant d'entreprise ou d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi ;
- (c) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial, et un centre médical de la RATP, à condition que ce trajet soit effectué avant la prise de service ou après la fin de service de l'agent et que celui-ci en ait informé son attachement.

Article 77

L'accident survenu à un agent, aux temps et lieu de travail, est présumé comme imputable au service.

Cette présomption est simple. La preuve contraire peut donc être apportée par la Caisse.

Article 78

Dans le cas d'un accident de trajet, la preuve que l'accident a eu lieu au temps et sur le lieu du trajet appartient à la victime ou à ses ayants droit.

²⁷ La Caisse tient compte dans la reconnaissance des accidents de trajet de la Jurisprudence nombreuse en la matière de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, par exemple la prise en compte du co-voiturage.

Sous section 2 – Maladies Professionnelles

Article 79

En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Article 80

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un " Tableau de maladies professionnelles " et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un " tableau de maladies professionnelles " lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à un pourcentage fixé par les dispositions légales²⁸.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles peut être demandée par la Caisse, conformément aux dispositions légales²⁹.

- Section 2 – Les Prestations en nature

Article 81

L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles couvre :

- (a) la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires ;
- (b) la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables;
- (c) les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier ;
- (d) les prestations autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de décès ;

²⁸ Articles R 461-8 et L 434-2 du Code de la sécurité sociale

²⁹ Article L 461-1 du Code de la sécurité sociale et Articles D 461-26 à D 461-31 du Code de la sécurité sociale

- (e) d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime.

Les assurés du cadre permanent qui au cours de leur activité professionnelle ont été exposés à des " agents cancérigènes " figurant dans les " Tableaux de maladies professionnelles " bénéficient d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la Caisse.

Afin de faciliter les démarches des assurés, la médecine du travail adresse régulièrement à la Caisse, un listing de tous les nouveaux retraités ayant été en contact avec des " agents cancérigènes ". La Caisse prend alors contact avec ceux-ci et les informe de leurs droits.

Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail.

Article 82

Le service des prestations définies à l'article 81 est assuré par la Caisse conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles³⁰.

Les dispositions de l'article 36-1 s'appliquent aux bénéficiaires de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle.

Article 83

Par dérogation aux dispositions légales³¹ et dans un sens plus favorable, en cas de décès consécutif à un accident du travail, de trajet ou une maladie professionnelle, les ayants droit de la victime bénéficient des dispositions du chapitre 4 du Titre II du présent règlement relatives à l'assurance décès, sans déduction des frais funéraires couverts par la Caisse conformément à l'alinéa (d) de l'article 81.

- Section 3 – Les Prestations en Espèces

Sous section 1 – Les dispositions du Statut du Personnel

Article 84

Conformément à l'article 91 du Statut du Personnel, les agents du cadre permanent victimes d'un accident du travail ou de trajet perçoivent, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation dûment constatée, l'intégralité de leur rémunération statutaire mensuelle ainsi que les primes, indemnités ou allocations attachées à l'emploi et versées en cas d'indisponibilité primée.

³⁰ Articles L 432-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

³¹ Article L 361-3 du Code de la sécurité sociale

Les mêmes dispositions sont applicables aux agents atteints d'une maladie professionnelle pendant toute la période d'incapacité de travail imputable à la maladie.

Sous section 2 – Indemnisation de l'incapacité permanente

Article 85

Les victimes d'accidents du travail qui conservent, à la date de consolidation des blessures, une incapacité permanente partielle de travail ouvrent droit, notamment, à une indemnisation en capital ou à une rente annuelle et viagère.

Ces prestations sont servies par la Caisse conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles³².

En cas d'inaptitude définitive à l'emploi statutaire, la commission des rentes accidents du travail et maladies professionnelles peut, en sus des dispositions légales applicables³³, abonder le taux d'incapacité permanente partielle d'un coefficient professionnel, visant à compenser les éventuelles pertes financières subies par l'agent dans le déroulement de sa carrière, notamment sur la base d'un barème annexé au présent règlement.

Le coefficient professionnel ainsi attribué ne peut faire l'objet d'une révision.

Article 86

En cas de décès consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle, les ayants droit de la victime ouvrent droit à une rente déterminée dans les conditions légales et réglementaires³⁴.

Les ayants droit mentionnés à l'alinéa précédent sont ceux définis par les dispositions légales applicables³⁵ :

- (a) le conjoint,
- (b) les enfants et descendants,
- (c) les ascendants.

Article 87

Conformément à l'article 92 du Statut du Personnel et à l'article 13 alinéa 7 des Statuts de la Caisse, la commission des rentes accidents du travail et maladies professionnelles est chargée de se prononcer après avis du Comité médical d'expertise, sur le droit de la victime ou de ses ayants droit à une rente accidents du travail et sur le montant de celle-ci.

³² Articles L 434-1 et L 434-2 du Code de la sécurité sociale

³³ Alinéa 1 de l'article L 434-2 du Code de la sécurité sociale

³⁴ Articles L 434-7 et suivants du Code de la sécurité sociale

³⁵ Articles L 434-7 à L 434-14 du Code de la sécurité sociale

Sous section 3 – Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur

Article 88

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions légales et réglementaires³⁶.

Article 89

Lorsque la victime ou ses ayants droit demande la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, la Caisse met en œuvre la tentative de conciliation afin de rapprocher l'employeur en cause, la victime et la Caisse.

Lors de la réunion de conciliation, en l'absence d'accord des parties concernant la faute inexcusable, un procès verbal de non-conciliation est établi. Il permet à la victime ou ses ayants droit de saisir la juridiction de sécurité sociale compétente.

Sous section 4 – Faute de la victime

Article 90

Par dérogation aux dispositions légales³⁷ et dans un sens plus favorable, seules les primes, allocations diverses et la moitié du complément spécial de traitement initialement versées en cas d'arrêt de travail peuvent faire l'objet d'une retenue si l'accident est imputable à une faute grave, intentionnelle ou inexcusable de l'agent.

- Section 4 – Déclarations et formalités

Article 91

Les dispositions concernant les déclarations et formalités de toute nature à effectuer, ainsi que les délais applicables, afin de bénéficier des prestations définies ci-dessus, sont déterminés conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale³⁸.

Sous section 1 – Accidents du travail et accidents de trajet

Article 92

La victime d'un accident du travail doit dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les 24 heures (sauf cas de force majeure), en informer ou en faire informer son attachement ou à défaut la permanence générale.

La déclaration à la Caisse peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

³⁶ Articles L 452-1, L 452-3 et R 452-1 du Code de la sécurité sociale

³⁷ Article L 453-1 du Code de la sécurité sociale

³⁸ Articles L 441-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

Article 93

L'attachement de l'agent doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la Caisse, dans un délai de 48 heures, et à l'aide de l'imprimé prévu à cet effet.

Il est tenu de délivrer à l'agent victime de l'accident les feuilles d'accident et les documents nécessaires à l'intervention de la Caisse.

Le défaut de déclaration par l'attachement doit, en cas de doute, profiter à l'agent.

Article 94

La Caisse peut autoriser, conformément aux dispositions légales³⁹, certains établissements de la RATP à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux, par une inscription sur un registre ouvert à cet effet.

Ce registre peut être consulté ou le cas échéant contrôlé par :

- (a) la victime,
- (b) les agents dûment mandatés par la Caisse,
- (c) l'inspection du travail,
- (d) le médecin du travail,
- (e) le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article 95

Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre, entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'attachement est tenu d'adresser la déclaration d'accident du travail à la Caisse, dans un délai de 48 heures.

Article 96

Le praticien qui examine la victime établit, en double exemplaire, un certificat indiquant son état et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la Caisse et remet le second à la victime.

Article 97

Les dispositions applicables en matière de déclaration d'un accident de travail sont applicables en cas de rechute.

Sous section 2 – Maladies professionnelles

Article 98

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent règlement, doit être, par les soins de la victime, déclarée à la Caisse⁴⁰.

³⁹ Articles L 441-4 et D 441-1 à D 441-4 du Code de la sécurité sociale

L'agent dispose pour faire valoir ses droits d'un délai de deux ans à compter de la cessation du travail ou de la première constatation médicale par un praticien⁴¹.

Article 99

Le praticien qui examine la victime établit, en triple exemplaire et lui remet, un certificat indiquant la nature de la maladie, en précisant, dans la mesure du possible, les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées, ainsi que les suites probables.

Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée à l'article 98 du présent règlement.

La réception de la déclaration et du certificat médical par la Caisse marque le point de départ de l'instruction de la demande.

- Section 5 – Instructions

Article 100

La Caisse dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration d'accident ou 3 mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de maladie professionnelle pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Article 101

Sous réserve des dispositions de l'article 102 du présent règlement, en l'absence de décision de la Caisse dans les délais prévus à l'article 100, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Article 102

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la Caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'attachement avant l'expiration du délai prévu à l'article 100, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou en ce qui concerne l'attachement par tout moyen permettant l'établissement d'une date certaine.

Le délai supplémentaire ainsi accordé ne peut dépasser 2 mois en matière d'accident du travail et 3 mois en matière de maladie professionnelle.

A compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la Caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

⁴⁰ Il est recommandé d'effectuer cette déclaration dans un délai de 15 jours à compter de la date de cessation du travail, même si un arrêt de travail est déjà parvenu à la Caisse.

⁴¹ Articles L 461-5 alinéa 5 et L 431-2 du Code de la sécurité sociale

Article 103

La décision motivée de la Caisse est notifiée à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Si le caractère professionnel de l'accident, de la maladie ou de la rechute n'est pas reconnu par la Caisse, celle-ci indique à la victime dans la notification les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation.

Le médecin traitant est informé de cette décision.

Article 104

Conformément aux dispositions légales, toute modification de l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation de la réparation.

Article 105

Les dispositions légales prévues en matière de contrôle médical et administratif, en matière d'enquêtes et expertises sont applicables⁴².

⁴² Articles L 442-1, L 442-2, R 442-1, L 442-5, L 315-1 et L 315-2 du Code de la sécurité sociale.

Chapitre 6 – Les voies de recours

Article 106

Toutes les décisions relatives aux prestations légales et aux prestations supplémentaires obligatoires peuvent être contestées par l'assuré.

Les voies de recours ouvertes aux assurés sont indiquées sur le courrier notifiant la décision de la Caisse.

Les délais dont dispose l'assuré pour faire valoir son droit de recours, doivent être indiqués au moment de la notification de la décision ; à défaut ils ne lui sont pas opposables.

- Section 1 – Les contestations d'ordre médical

Article 107

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat⁴³.

Sont exclues de cette procédure les contestations concernant l'état ou le degré d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail, qui sont portées devant le tribunal de contentieux de l'incapacité dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

Article 108

Les contestations mentionnées à l'article 107 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin-conseil ou à défaut d'accord dans le délai d'un mois par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Article 109

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, l'expertise est pratiquée soit à la demande de la victime, soit sur l'initiative de la Caisse. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La Caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical.

Article 110

En matière d'assurance maladie, les contestations relatives à l'état du malade s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée. L'expertise prévue est effectuée à la demande de l'assuré ou de la Caisse.

Cette demande doit être présentée dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision contestée.

⁴³ Article R 141-3 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Article 111

Le malade ou la victime qui requiert une expertise, présente une demande écrite précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé à la Caisse.

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la Caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- (a) soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical,
- (b) soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime,
- (c) soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article 112

Le médecin expert procède à l'examen du malade ou de la victime dans les cinq jours suivant la réception du protocole prévu par les dispositions légales⁴⁴.

Le médecin expert établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse, dans un délai maximum de 48 heures, l'un des exemplaires à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, l'autre au service du contrôle médical de la Caisse.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie, les conclusions sont communiquées dans le même délai au médecin traitant et à la Caisse.

Article 113

Le médecin expert remet son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert, sauf circonstance particulière.

Article 114

La Caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Article 115

La Caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de 15 jours suivant la réception des conclusions motivées.

⁴⁴ Article R 141-3 du Code de la sécurité sociale

- Section 2 – Les contestations des décisions prises par la Caisse

Sous section 1 – La conciliation

Article 116

Avant le recours aux voies légales, l'assuré a la possibilité, suite à une décision prise par la Caisse, de présenter ses arguments et le cas échéant toutes pièces qu'il juge utiles, au Directeur de la Caisse ou à son représentant, afin que sa demande fasse l'objet d'un nouvel examen.

Les éléments d'ordre médical invoqués par l'assuré à l'appui de sa demande seront soumis pour avis au médecin conseil de la Caisse, seul habilité à les apprécier. Dans ce cadre, le médecin conseil peut demander à recevoir en consultation l'agent, s'il l'estime nécessaire.

Le Directeur de la Caisse ou son représentant examine la demande dans un délai d'environ 15 jours.

Article 117

Cette procédure, rendue possible par la loi n°2000-321 du 12 avril 2000, ne se substitue pas aux voies de recours légales. Elle n'interrompt pas les délais de voies de recours.

Article 118

Si l'examen du dossier en conciliation confirme la décision initiale rendue par la Caisse, les voies de recours sont rappelées à l'assuré.

Sous section 2 – La commission de recours amiable

Article 119

L'assuré qui souhaite contester une décision prise par la Caisse, soit directement, soit après une expertise, doit saisir la commission de recours amiable, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

Article 120

Le tribunal des affaires de sécurité sociale, prévu par les dispositions légales applicables en matière de contentieux⁴⁵, est compétent pour connaître des litiges en matières de sécurité sociale.

- Section 3 – Les dispositions statutaires

Article 121

Conformément aux dispositions du Statut du personnel article 95, les décisions prises par la Caisse après avis de la Commission médicale, peuvent être contestées par l'agent devant la Commission médicale d'appel.

⁴⁵ Article L 142-2 du Code de la sécurité sociale

TITRE 4 – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE

Article 122

Les personnes affiliées à la Caisse et résidant sur le territoire français, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies par les dispositions légales⁴⁶.

Article 123

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues.

Article 124

Les personnes qui bénéficient de l'article 122 du présent règlement, ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge :

- (a) de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
- (b) du forfait journalier⁴⁷ ;
- (c) des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires, prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par les dispositions légales.

Article 125

Les bénéficiaires sont dispensés de l'avance des frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires et celles prévues à l'article 124 du présent règlement.

⁴⁶ Articles R 861-2, 3, 4 et suivants du Code de la sécurité sociale

⁴⁷ Article L 174-4 du Code de la sécurité sociale

TITRE 5 – LES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES SERVIES PAR LA CAISSE

- Chapitre 1 – Les prestations supplémentaires obligatoires
 - Section 1 – Les cures thermales
 - Section 2 – Prise en charge du Ticket modérateur pour les affections hors liste et polyopathologies

- Chapitre 2 – Les prestations supplémentaires facultatives

Chapitre 1 – Les prestations supplémentaires obligatoires

- Section 1 – Les cures thermales

Article 126

La Caisse participe :

- (a) aux frais de séjour dans la station thermale ;
- (b) aux frais de transport du bénéficiaire et éventuellement de la personne accompagnant le malade lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers en raison de son jeune âge (au maximum 18 ans) ou de son état de santé.

Article 127

Les prestations supplémentaires de cure thermale définies aux articles ci-dessus, sont accordées aux assurés bénéficiaires d'une prise en charge pour une cure thermale, lorsque le total des ressources mensuelles de toute nature du foyer de l'assuré⁴⁸ est inférieur au montant du plafond mensuel fixé chaque année par la Caisse.

Le plafond mensuel fixé par la Caisse ne peut être supérieur à celui fixé par arrêté ministériel.

Article 128

La participation de la Caisse aux frais de séjour est calculée sur un montant forfaitaire fixé par arrêté ministériel. Ce montant est appelé forfait d'hébergement.

Article 129

La participation de la Caisse aux frais de transport est calculée sur la base du prix d'un billet de chemin de fer aller et retour en 2^{ème} classe du domicile de l'assuré à la station thermale, sans pouvoir toutefois dépasser le montant des dépenses réellement engagées.

Article 130

Les agents du cadre permanent, qui ne remplissent pas les conditions de ressources fixées à l'article 127, bénéficient de la participation de la Caisse dans les conditions suivantes :

- (a) prise en charge à 80 % du forfait d'hébergement défini à l'article 128 ;
- (b) prise en charge à 100 % des frais de transport tels que définis à l'article 129.

⁴⁸ Le foyer est composé de l'assuré, de son conjoint ou de la personne vivant maritalement avec l'assuré (concubinage ou PACS), de ses enfants à charge et de ses ascendants vivant au foyer d'une manière habituelle et se trouvant au moins en partie à sa charge.

- Section 2 – Prise en charge du Ticket modérateur pour les affections hors liste et Polypathologies

Article 131

Deux cas peuvent donner lieu à prise en charge du ticket modérateur au titre des prestations :

- (a) l'affection grave hors liste (dite 31^{ème} maladie) : lorsque le malade est reconnu atteint d'une affection grave, caractérisée, ne figurant pas sur la liste visée par l'article D 322-1 du code de la sécurité sociale, et nécessitant des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.
- (b) la polypathologie (dite 32^{ème} maladie) : lorsque le malade est reconnu atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lesquelles des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires.

Article 132

La prise en charge du ticket modérateur est accordée par la Caisse sur avis conforme du contrôle médical pour une période maximale de 24 mois renouvelable.

Article 133

Concernant les prestations supplémentaires obligatoires, les litiges d'ordre médical relatifs au diagnostic ou au traitement sont soumis à la procédure d'expertise visée au chapitre 6 du Titre III du présent règlement.

Chapitre 2 – Les prestations supplémentaires facultatives

Article 134

Conformément aux dispositions légales, le Conseil d'administration détermine les prestations supplémentaires qu'il convient d'inscrire au présent règlement intérieur et ce conformément au budget annuel voté par lui et approuvé par le Conseil d'administration de la RATP.

Article 135

En matière d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, la Caisse prend en charge au titre des prestations supplémentaires, les dépassements aux tarifs fixés par la réglementation en vigueur, lorsque ceux-ci n'ont pu être évités.

Article 136

La Caisse attribue de manière individuelle et après examen de la situation sociale de l'assuré, les prestations supplémentaires suivantes :

- (a) prise en charge de la participation de l'assuré dans tous les cas où l'insuffisance de ses ressources, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses occasionnées par la maladie, le justifiera ;

- (b) participation aux frais de transport, non pris en charge au titre des prestations légales, engagés par les assurés ou leurs ayants droit qui doivent subir un traitement sans hospitalisation ou un examen médical, sous réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen.
- (c) participation dans les mêmes cas aux frais de transport de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers, en raison de son jeune âge (maximum 18 ans) ou de son état de santé.
- (d) Participation, dans les conditions de l'assurance maladie, aux frais d'hospitalisation de la mère qui allaite un enfant hospitalisé ou de l'enfant allaité accompagnant sa mère hospitalisée dans un établissement habilité à recevoir les enfants et les mères. Participation aux frais de déplacement de la mère portant le lait maternel à l'enfant hospitalisé.

Article 137

L'agent peut bénéficier, au titre des prestations supplémentaires, de la prise en charge de soins ou produits pharmaceutiques non remboursables en prestations légales, si le médecin conseil, en accord avec le médecin traitant, estime que la prescription est nécessaire à l'exercice de son métier.

TITRE 6 – ACTION SOCIALE ET PREVENTION

Conformément aux Statuts de la Caisse, la Commission action sociale et prévention propose au Conseil d'administration les actions à mener en matière d'action sociale et de prévention.

Le Conseil d'administration vote conformément à son budget et à sa mission, les prestations relatives à sa politique d'action sociale et de prévention.

Les prestations définies au présent Titre peuvent être modifiées voire supprimées par le Conseil d'administration.

- Chapitre 1 – Les secours
- Chapitre 2 – La prévention
 - Section 1 – Les délibérations du Conseil d'administration
 - Section 2 – Les programmes nationaux
 - Section 3 – L'examen de santé
 - Section 4 – Prévention auprès des assurés diabétiques
 - Section 5 – Prévention des cancers féminins
 - Section 6 – Prévention bucco dentaire destinée aux enfants
 - Section 7 – Prévention des pathologies liées au tabac
- Chapitre 3 – L'aide au foyer
- Chapitre 4 – L'aide au maintien à domicile
- Chapitre 5 – Aide à la prise en charge d'une couverture complémentaire santé

Chapitre 1 – Les prestations de secours

Article 138

Une aide financière individuelle peut être exceptionnellement accordée par la Caisse à l'assuré ou à ses ayants droit. Cette prestation est dite “ de secours ”.

Article 139

L'octroi d'une prestation de secours doit être lié aux dépenses causées par une maladie, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle et à leurs conséquences directes dans le foyer.

Article 140

Il est entendu par “ conséquences directes dans le foyer ”, une disproportion entre les ressources de la famille et les frais engagés.

Article 141

Les prestations de secours sont attribuées par la Commission des secours statuant par délégation du Conseil d'administration de la Caisse.

Le renouvellement des prestations de secours doit faire l'objet d'une nouvelle décision après nouvel examen de la situation individuelle du demandeur.

Chapitre 2 – La Prévention

- Section 1 – Les Délibérations du Conseil d'administration

Article 142

Les actions de prévention menées par la Caisse en faveur des assurés sont votées par le Conseil d'administration de la Caisse, sur proposition de la Commission action sociale et prévention.

- Section 2 – Programmes nationaux

Article 143

Conformément aux dispositions légales, la Caisse participe, sur le fonds d'action sanitaire et sociale le cas échéant, à la couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes arrêtés en application des dispositions de l'article L 1411-2 du Code de la santé publique.

Article 144

La Caisse peut décider de participer chaque année, aux campagnes de vaccination mises en place au niveau national : la vaccination anti-grippale, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ...

- Section 3 – Examen de santé

Article 145

Les personnes affiliées à la Caisse peuvent bénéficier d'examens de santé gratuits.

L'examen de santé, organisé par la Caisse nationale d'assurance maladie, comporte une consultation médicale, des analyses, tests et examens modulés et ciblés en fonction de l'âge, du sexe et de certains facteurs de risques. Il permet de mettre en évidence des facteurs de risque et de dépister certaines affections ignorées ou latentes.

Article 146

La Caisse délivre aux assurés, qui en font la demande, une prise en charge leur permettant de bénéficier de l'examen de santé dans le centre de santé compétent, dépendant du régime général.

Article 147

L'examen est pris en charge dans son intégralité sur le fonds d'action sanitaire et sociale et ne donne lieu à aucune avance de frais.

Article 148

Les agents du cadre permanent et les anciens agents du cadre permanent soumis au règlement des retraites peuvent bénéficier de bilans de santé organisés dans les centres médicaux de la RATP.

- Section 4 – Prévention auprès des assurés diabétiques

Article 149

La Caisse participe à l'achat des piles pour lecteurs de glycémie en faveur des assurés diabétiques et/ou les malades atteints de rétinopathie diabétique. Cela concerne les personnes reconnues atteintes de l'affection de longue durée : diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant, ne pouvant être équilibré par le seul régime.

La prise en charge de la pile est subordonnée à la présentation d'un justificatif de paiement original (facture ou ticket de caisse). Elle s'effectue sous la forme d'un forfait annuel de 6 euros, pris en charge en totalité sur le fonds d'action sanitaire et sociale.

- Section 5 – Prévention des cancers féminins

Article 150

Dans le cadre de sa politique de prévention, la Caisse prend en charge, une fois par an, le dépassement d'honoraire demandé lors d'une consultation en gynécologie. L'assurée bénéficie d'un remboursement de ce dépassement, dans la limite de 15 €.

- Section 6 – Prévention bucco dentaire destinée aux enfants

Article 150-1

Dans le cadre de sa politique de prévention, la Caisse organise chaque année un dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des enfants, suivant les modalités arrêtées par la Commission action sociale et prévention.

- Section 7 – Prévention des pathologies liées au tabac

Article 150-2

Dans le cadre de sa politique de prévention, la Caisse met en place un dispositif d'accompagnement au sevrage tabagique, suivant les modalités arrêtées par la Commission action sociale et prévention.

Chapitre 3 – L'aide au foyer

Article 151

La Caisse apporte une aide financière aux familles qui, pour des raisons sociales ou médicales, doivent faire appel aux services d'un(e) travailleur (euse) familial(e) ou d'une aide ménagère.

Article 152

Dans un souci de simplification des démarches des assurés, la Caisse sert, par délégation, les prestations d'aide au foyer relevant de la compétence de l'assurance famille, en sus de celles relevant de sa compétence.

Article 153

Les cas permettant l'attribution d'une aide au foyer relevant de la compétence de l'assurance maladie sont :

- (a) la maladie de la mère,
- (b) la maladie du père,
- (c) les grossesses pathologiques,
- (d) les maladies de longue durée,
- (e) l'assuré malade et isolé.

Article 154

Les cas permettant l'attribution d'une aide au foyer relevant de la compétence des prestations familiales sont :

- (a) naissance et naissance multiple,

- (b) maladie/accident de l'enfant,
- (c) surcharge occasionnelle ou exceptionnelle (décès, abandon du foyer),
- (d) famille nombreuse,
- (e) famille monoparentale,
- (f) enfant handicapé.

Article 154-1

Les cas permettant l'attribution d'une aide au foyer relevant de la compétence des accidents du travail et maladies professionnelles sont :

- (a) agent reconnu en AT/MP.

Article 155

Les ressources du foyer sont appréciées afin de déterminer le montant de la participation de la Caisse.

Les barèmes sont déterminés chaque année, conformément aux dispositions réglementaires.

Article 156

La Caisse instruit les demandes en collaboration avec le Service Social de la RATP, celui-ci peut être sollicité afin de donner son avis sur la situation sociale du foyer concerné.

Article 157

La grille fixant les modalités d'intervention (critères médicaux et familiaux) de la Caisse, la durée de prise en charge et les pièces justificatives à fournir, est annexée au présent règlement.

Chapitre 4 – L'aide au maintien à domicile

Article 158

Les personnes affiliées à la Caisse peuvent bénéficier, en cas de perte d'autonomie, d'une aide leur permettant de rester à leur domicile.

Article 159

Les modalités et les conditions d'attribution sont définies par le Conseil d'administration, après proposition de la Commission action sociale, et annexées au présent règlement.

Article 159-1

Les assurés de 60 ans et plus peuvent bénéficier d'une aide pour favoriser leur retour à domicile après une hospitalisation, suivant les modalités arrêtées par la Commission action sociale et prévention.

Article 159-2

Les assurés peuvent bénéficier d'une prestation d'accompagnement des soins palliatifs à domicile, suivant les modalités arrêtées par la Commission action sociale et prévention.

Chapitre 5 – Aide à la prise en charge d'une couverture complémentaire santé

Article 160

Les assurés qui ne bénéficient pas du renouvellement de leur CMU complémentaire, ou qui se voient refuser l'accès à celle-ci, peuvent bénéficier d'une aide financière de la Caisse, en sus des dispositions légales⁴⁹, leur permettant d'adhérer à un organisme assurant une couverture complémentaire santé.

Article 161

En sus des dispositions ci-dessus, les agents **et les pensionnés** peuvent bénéficier à titre exceptionnel et temporairement, d'une aide à la prise en charge de leur cotisation mutuelle.

Article 162

Les modalités et les conditions d'attribution sont définies par le Conseil d'administration et annexées au présent règlement.

⁴⁹ Article L 863-1 du Code de la sécurité sociale

ANNEXE 1
L'AIDE AU FOYER – GRILLE D'ATTRIBUTION

Rappel :

Article 157 du règlement intérieur

La grille fixant les modalités d'intervention (critères médicaux et familiaux) de la Caisse, la durée de prise en charge et les pièces justificatives à fournir, est annexée au présent règlement.

Tableaux ci-après

Les interventions de l'aide au foyer sur critères relevant de la compétence de l'assurance maladie

Evénements	Conditions de prise en charge	Durée de prise en charge	Pièces justificatives
<u>Maladie de la mère</u> ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un enfant de moins de 14 ans au foyer, Famille monoparentale : présence d'un enfant de moins de 18 ans au foyer, Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> Durée plafonnée à 80 heures en principe sur 6 mois (possibilité d'accord en 2 fois 40 heures), Prolongation possible avec accord de la Caisse et après examen de la situation familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP ou la CAF. Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Maladie du père</u> ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un enfant de moins de 14 ans au foyer, Famille monoparentale : présence d'un enfant de moins de 18 ans au foyer, Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> Durée plafonnée à 80 heures en principe sur 6 mois (possibilité d'accord en 2 fois 40 heures), Prolongation possible avec accord de la Caisse et après examen de la situation familiale 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP ou la CAF. Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Grossesse pathologique</u>	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un enfant de moins de 6 ans au foyer, Famille monoparentale : présence d'un enfant de moins de 18 ans au foyer, Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> Durée plafonnée à 80 heures en principe sur 6 mois, Prolongation possible avec accord de la Caisse et après examen de la situation familiale, Possibilité de prise en charge dans les conditions définies ci-dessus au cours de la période totale de la grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical prescrivant l'intervention et mentionnant le motif Dernier avis d'imposition, 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP ou la CAF. Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Maladie de longue durée</u>	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'1 enfant de moins de 14 ans au foyer, Famille monoparentale : présence d'un enfant de moins de 18 ans au foyer, Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> Durée plafonnée à 200 heures sur 3 ans en principe, Prolongation possible de 200 heures après avis du service médical de la Caisse, sur production d'un certificat médical, L'intervention doit se situer dans les limites de la période précisée sur l'ordonnancier. 	<ul style="list-style-type: none"> Affection de longue durée, Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP ou la CAF. Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Assuré malade et isolé</u>	<ul style="list-style-type: none"> Agent isolé ou retraité âgé de moins de 60 ans isolé ou ayant un ayant droit de retraité âgé de moins de 60 ans isolé sans enfant à charge (exceptionnellement, le retraité dont le conjoint présente une incapacité telle qu'il ne peut assister son conjoint malade) Affection de longue durée prise en charge à 100% ou sortie d'hôpital avec suites opératoires et/ou limitation ponctuelle de l'autonomie. Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> Durée plafonnée à 80 heures sur 6 mois Uniquement sur décision du médecin conseil, Prolongation éventuelle sur décision du médecin conseil. 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical prescrivant l'intervention et mentionnant le motif Le cas échéant, le certificat médical devra attester de l'incapacité du conjoint à assister son époux malade. Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire ou bulletin de pension Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.

(1) La maladie de la mère ou du père s'entend de toute maladie, hospitalisation ou autre situation invalidante rendant nécessaire une intervention d'aide ménagère ou de travailleuse familiale au sein de la famille.

Les interventions de l'aide au foyer sur critères relevant de la compétence des prestations familiales

Événements	Conditions de prise en charge	Durée de prise en charge	Pièces justificatives
<u>Naissance</u>	<ul style="list-style-type: none"> Si naissance de 3 enfants et plus, ou naissance gémellaire dans un foyer ayant déjà 1 enfant de moins de 3 ans, Si naissance d'1 enfant dans un foyer ayant déjà des jumeaux de moins de 3 ans. Pour les bénéficiaires de l'allocation pour jeune enfant (APJE ou PAJE) après examen de la situation familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> 80 heures x le nombre d'enfants dont les 150 premières heures gratuites sur 12 mois. 80 heures sur 6 mois pendant la période de versement de l'APJE ou PAJE. prolongation possible si enfant de 6 ans au foyer et si pas d'autres possibilités d'aide ou d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Attestation de versement de l'APJE ou PAJE, Copie du livret de famille. Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Maladie de l'enfant</u>	<ul style="list-style-type: none"> Enfant à domicile ou hospitalisé, Présence d'1 autre enfant de moins de 12 ans au foyer. 	<ul style="list-style-type: none"> 80 heures sur 6 mois, Prolongation possible après examen de la situation familiale et si aucune autre solution n'a pu être mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Surcharge occasionnelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> Evènement récent modifiant le mode de vie habituel de la famille (décès, abandon...), Présence de 2 enfants de moins de 12 ans pour une personne seule ou de 3 pour un couple 	<ul style="list-style-type: none"> 80 heures sur 6 mois, Prolongation possible après examen de la situation familiale et si aucune autre solution n'a pu être mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Famille nombreuse</u>	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue d'un des parents, Présence d'au moins 3 enfants de moins de 12 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> 40 heures sur 6 mois, Prolongation possible après examen de la situation familiale et si aucune autre solution n'a pu être mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Famille Mono-parentale</u>	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue du parent, Présence d'1 enfant de moins de 12 ans 	<ul style="list-style-type: none"> 40 heures sur 6 mois, Prolongation possible après examen de la situation familiale et si aucune autre solution n'a pu être mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Certificat médical motivé prescrivant l'intervention, Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
<u>Enfant handicapé</u>	<ul style="list-style-type: none"> Demande initiale d'allocation d'éducation spéciale (AES) déposée, Parent isolé ayant dès le 1^{er} enfant à charge ou famille d'au moins 2 enfants dont l'un âgé de moins de 12 ans au foyer 	<ul style="list-style-type: none"> 80 heures sur 6 mois, Pas de prolongation mais cumul possible avec le critère d'attribution « famille monoparentale. <p><i>Prestation destinée à aider le temps nécessaire à l'instruction du dossier d'AES.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Attestation de dépôt du dossier d'AES, Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales versées par la RATP, Attestation de l'organisme précisant son tarif horaire et son numéro FINESS.
Intervention de l'aide au foyer sur critères relevant de la compétence Accident du travail ou maladie professionnelle			
Agent reconnu en AT/MP	<ul style="list-style-type: none"> Agent ayant un AT (accident du travail) ou MP (maladie professionnelle) reconnu par la CCAS Pas de possibilité alternative d'aide ou d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> Durée limitée à 80 heures sur 6 mois Sur décision de médecin conseil, Prolongation éventuelle sur décision du médecin conseil. barème CNAF majoré de 25%. 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical motivé prescrivant l'intervention Notification de reconnaissance de l'AT/MP Dernier avis d'imposition + 3 derniers bulletins de salaire, Montant des prestations familiales de la RATP ou de la CAF Attestation de l'organisme précisant son tarif/H et N°FINESS

ANNEXE 2

L'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE

Rappel :

Article 159 du règlement intérieur

Les modalités et les conditions d'attribution sont définies par le Conseil d'administration, après proposition de la Commission action sociale, et annexées au présent règlement.

Les bénéficiaires :

Les personnes affiliées à la Caisse, âgées de plus de 60 ans, pour lesquelles une perte d'autonomie est établie, peuvent bénéficier d'une aide au maintien à domicile.

Les personnes affiliées à la Caisse, âgées de moins de 60 ans, atteintes d'une ou plusieurs pathologies particulièrement invalidantes (maladie de Parkinson, d'Alzheimer...), peuvent bénéficier d'une aide au maintien à domicile.

L'avis du médecin conseil est sollicité.

Les Modalités d'attribution :

L'aide allouée par la Caisse est modulée en fonction du degré de dépendance établi par le médecin traitant, une équipe médico-sociale ou l'association de service à domicile agréée et habilitée à remplir la Grille Iso Ressources (GIR), et également en fonction des ressources.

L'aide allouée est versée aux bénéficiaires sous forme de Titre Emploi Service d'une valeur unitaire de 20€.

La durée de validité du titre figure sur celui-ci.

Les chèques, valables pour une année donnée, qui ne sont pas utilisés peuvent être échangés.

L'assuré doit alors retourner à la Caisse les chèques non utilisés, dans un délai fixé chaque année par la Caisse.

La grille d'attribution trimestrielle fixant le montant de l'aide au maintien à domicile par degré de dépendance et par ressources est la suivante :

Barème d'attribution de CESU
Aide au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes

Revenus mensuels ^(a)	Personne seule	Couple
Tranche 1	Revenu ≤ 800€	Revenu ≤ 1242€
Tranche 2	Revenu ≤ 1128€	Revenu ≤ 1579€
Tranche 3	Revenu ≤ 1370€	Revenu ≤ 1918€
Tranche 4	Revenu ≤ 1611€	Revenu ≤ 2255€
Tranche 5	Revenu ≤ 1852€	Revenu ≤ 2593€
Tranche 6	Revenu ≤ 2334€	Revenu ≤ 3268€

^(a) + 240 €/pers. à charge au delà des 2 premières personnes constituant le foyer.

Nombre de CESU/trimestre et valeur de l'aide en euros

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5/6
Tranche 1	57 CESU 1140€	47 CESU 940€	38 CESU 760€	29 CESU 580€	19 CESU 380€
Tranche 2	34 CESU 680€	28 CESU 560€	23 CESU 460€	17 CESU 340€	12 CESU 240€
Tranche 3	23 CESU 460€	19 CESU 380€	16 CESU 320€	12 CESU 240€	8 CESU 160€
Tranche 4	17 CESU 340€	14 CESU 280€	11 CESU 220€	9 CESU 180€	6 CESU 120€
Tranche 5	12 CESU 240€	10 CESU 200€	8 CESU 160€	6 CESU 120€	4 CESU 80€
Tranche 6	6 CESU 120€	5 CESU 100€	4 CESU 80€	3 CESU 60€	2 CESU 40€

ANNEXE 3 COEFFICIENT PROFESSIONNEL

Rappel :

Article 85 du Règlement intérieur

Les victimes d'accidents du travail qui conservent, à la date de consolidation des blessures, une incapacité permanente partielle de travail ouvrent droit, notamment, à une indemnisation en capital ou à une rente annuelle et viagère.

Ces prestations sont servies par la Caisse conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles⁵⁰.

En cas d'inaptitude définitive à l'emploi statutaire, la commission des rentes accidents du travail et maladies professionnelles peut, en sus des dispositions légales applicables⁵¹, abonder le taux d'incapacité permanente partielle d'un coefficient professionnel, visant à compenser les éventuelles pertes financières subies par l'agent dans le déroulement de sa carrière, notamment sur la base d'un barème annexé au présent règlement.

Le coefficient professionnel ainsi attribué ne peut faire l'objet d'une révision.

Barèmes ci-après

⁵⁰ Articles L 434-1 et L 434-2 du Code de la sécurité sociale

⁵¹ Alinéa 1 de l'article L 434-2 du Code de la sécurité sociale

Barèmes Coefficient professionnel

Pas de perte de niveau à fin de carrière

Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	1	2	3	4
500-999	2	3	4	5
1000-1499	3	4	5	6
1500-1999	4	5	6	7
2000-2499	5	6	7	8
2500-2999	6	7	8	9
3000-3499	7	8	9	10
3500-3999	8	9	10	11
4000-4499	9	10	11	12
4500-4999	10	11	12	13
au delà 1% par tranche de 500 euros				

Perte d'1 niveau à fin de carrière

Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	2	3	4	5
500-999	3	4	5	6
1000-1499	4	5	6	7
1500-1999	5	6	7	8
2000-2499	6	7	8	9
2500-2999	7	8	9	10
3000-3499	8	9	10	11
3500-3999	9	10	11	12
4000-4499	10	11	12	13
4500-4999	11	12	13	14
au delà 1% par tranche de 500 euros				

Perte de 2 niveaux à fin de carrière

Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	3	4	5	6
500-999	4	5	6	7
1000-1499	5	6	7	8
1500-1999	6	7	8	9
2000-2499	7	8	9	10
2500-2999	8	9	10	11
3000-3499	9	10	11	12
3500-3999	10	11	12	13
4000-4499	11	12	13	14
4500-4999	12	13	14	15
au delà 1% par tranche de 500 euros				

Perte de 3 niveaux à fin de carrière				
Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	4	5	6	7
500-999	5	6	7	8
1000-1499	6	7	8	9
1500-1999	7	8	9	10
2000-2499	8	9	10	11
2500-2999	9	10	11	12
3000-3499	10	11	12	13
3500-3999	11	12	13	14
4000-4499	12	13	14	15
4500-4999	13	14	15	16
au delà 1% par tranche de 500 euros				
Perte de 4 niveaux à fin de carrière				
Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	5	6	7	8
500-999	6	7	8	9
1000-1499	7	8	9	10
1500-1999	8	9	10	11
2000-2499	9	10	11	12
2500-2999	10	11	12	13
3000-3499	11	12	13	14
3500-3999	12	13	14	15
4000-4499	13	14	15	16
4500-4999	14	15	16	17
au delà 1% par tranche de 500 euros				
Perte de 5 niveaux à fin de carrière				
Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
1-499	6	7	8	9
500-999	7	8	9	10
1000-1499	8	9	10	11
1500-1999	9	10	11	12
2000-2499	10	11	12	13
2500-2999	11	12	13	14
3000-3499	12	13	14	15
3500-3999	13	14	15	16
4000-4499	14	15	16	17
4500-4999	15	16	17	18
au delà 1% par tranche de 500 euros				
Pas de perte pécuniaire				
Tableau B et A2	Pas de perte	perte 1 annuité	perte 2 annuités	perte 3 annuités
Prime et rémunération				
Fin de carrière pas de perte d'échelle	0	1	2	3
Perte d' 1 niveau à fin de carrière	1	2	3	4
Perte de 2 niveaux à fin de carrière	2	3	4	5
Perte de 3 niveaux à fin de carrière	3	4	5	6
Perte de 4 niveaux à fin de carrière	4	5	6	7
Perte de 5 niveaux à fin de carrière	5	6	7	8
Perte de 6 niveaux à fin de carrière	6	7	8	9

(PAR ORDRE D'APPARITION DANS LE REGLEMENT INTERIEUR)

ARTICLE L 311-5

Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées au 4^o du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 ou de l'article L. 321-4-2 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.

A défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général :

1^o) les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application du troisième alinéa de l'article L. 311-5 du code du travail.

2^o) les personnes percevant l'une des allocations mentionnées aux 2^o et 3^o du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail ;

3^o) les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation

Article L 313-3

Par membre de la famille, on entend :

1^o) le conjoint de l'assuré.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L 321-1 et L 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale ;

2^o) jusqu'à un âge limite, les enfants non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;

3^o) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ;

b) les enfants qui poursuivent leurs études ;

c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L 161-14

La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayants droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Il en est de même de la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

La personne non visée par le premier alinéa du présent article et par les articles L 313-3 et L 381-4 , qui vit depuis une durée fixée par décret en Conseil d'État avec un assuré social, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État , la qualité d'ayants droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.

L'alinéa précédent ne peut s'appliquer qu'à une seule personne remplissant ces conditions par assuré social.

Article L 442-5

Les dispositions de l'article L 315-1 sont applicables aux accidents du travail.

Article L 315-1

I - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1er de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis. - Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie.

IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis. - Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical

Article L 315-2

Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.

Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret.

Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnés au 5° de l'article L 321-1, la Caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifié, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L 141-1.

Sous réserve des dispositions de l'article L 324-1, tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Art. R. 332-3.

Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 332-4 à R. 332-6.

Art. R. 332-4

Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et appropriés à leur état.

Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :

1° Les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ;

2° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.

L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande, En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires sanitaires et sociales compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.

Art. R. 332-5

Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

Art. R. 332-2

Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen aux assurés sociaux et aux membres de leur famille qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque les malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux ne peuvent recevoir en France les soins appropriés

à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à un assuré social ou ayant droit d'assuré social, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.

Article L 162-5-3

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsque est mis en oeuvre un protocole de soins.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

Article L 321-1

L'assurance maladie comporte :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique ;

5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique

Article L 322-3

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;

4°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;

7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (2) ;

9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ;

10°) Abrogé ;

11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;

18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Article R 322-4

Les pensionnés ou rentiers mentionnés aux articles L. 311-10, L. 313-4 et L. 341-16 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.

Les rentiers mentionnés à l'article L. 371-1 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.

Les titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre cinquante-cinq et soixante ans d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sont également exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes

Article R 322-5

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est supprimée lorsque le malade est reconnu atteint d'une des affections inscrites sur la liste prévue au 3° de l'article L. 322-3, pour les frais relatifs au traitement, au sens de l'article L. 324-1, de l'affection dont le malade est reconnu atteint.

La décision prononçant la suppression de la participation, prise sur avis du contrôle médical par la caisse primaire d'assurance maladie, fixe la durée de la période pour laquelle elle est valable.

La décision d'exonération peut être renouvelée à l'expiration de cette période s'il est reconnu, sur avis du contrôle médical, que le malade est toujours traité pour une affection inscrite sur la liste. La décision de renouvellement fixe la durée de la période pour laquelle elle est valable.

Article R 322-7

La décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré est notifiée à ce dernier. La notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de refus. Dans le cas où le bénéfice de la suppression ou de la limitation est demandé par l'assuré, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de l'assuré.

Les contestations relatives à l'application de l'article R. 322-5 ci-dessus donnent lieu, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin conseil de l'état du malade, à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre 1er.

Article R 322-8

Pour l'application des 1° et 2° de l'article L. 322-3 :

I- La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est réduite à 18 euros dans les cas suivants :

1. Pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros.
2. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros..
3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation.

Dans le cas mentionné au 1 ci-dessus, lorsqu'au cours d'une même consultation sont réalisés par un même praticien et pour un même patient plusieurs actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, la participation de l'assuré pour l'ensemble de ces actes est réduite au montant défini au premier alinéa du présent I.

Pour l'application de ces dispositions, les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, la participation de l'assuré est égale au montant défini au premier alinéa du présent I lorsque le montant en euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 euros.

II. - La participation de l'assuré est supprimée :

1. Pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance maladie prévue à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros ; cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

2. Pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation mentionnée au 2 du I ainsi que, en cas d'hospitalisation mentionnée au 3, pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

Pour l'application des dispositions du 1 ci-dessus, les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

III. - Le tarif ouvrant droit à réduction est revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la classification commune des actes médicaux constaté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin de l'année précédente.

IV. - La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée pour les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation prévue aux 2 ou 3 du I ci-dessus.

V. - La participation de l'assuré est supprimée dans les cas suivants :

1. Pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste prévue par l'article L. 165-1.

2. Pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif.

Article R 322-9

I. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est supprimée, par application de l'article L. 322-3 :

1°) pour l'hospitalisation des nouveau-nés, lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance ;

2°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de la caisse d'assurance maladie prononçant la suppression de la participation est prise sur avis conforme du contrôle médical ; à défaut d'entente entre le médecin-conseil et le médecin traitant sur les prestations devant bénéficier de la dispense de participation, il est fait appel à un expert dans les conditions prises en application de l'article L. 324-1. La décision de la caisse fixe la durée de la période d'exonération.

II. - La participation de l'assuré est également supprimée, dans les conditions définies ci-après, pour les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, à compter de la date présumée de commission des faits.

Saisie d'une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin ou de son représentant légal, ou lorsqu'une enquête de police judiciaire, une instruction préparatoire ou une mesure d'assistance éducative prévue à l'article 375 du code civil a été engagée, la caisse d'assurance maladie sollicite l'avis du contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération prévue à l'alinéa précédent. Le contrôle médical se prononce sur la base des éléments communiqués par le médecin traitant et, le cas échéant, de l'expertise médico-psychologique mentionnée à l'article 706-48 du code pénal.

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent

Article L 322-2

I - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

Article D 322-2

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées en application du II de l'article L. 322-2 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

Article D 322-3

Lorsque le bénéficiaire de soins est dispensé de l'avance des frais, la participation due par l'intéressé est imputée sur les prestations ultérieures versées par sa caisse.

La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

Pour l'application de l'article L. 133-3, les créances relatives à la participation forfaitaire ne sont pas cumulables avec les créances visées à l'article D. 133-2.

Article D 322-4

Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à 4.

Lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un acte de biologie, seul l'acte de biologie supporte une participation forfaitaire.

Article L 315-2-1

Si, au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement ou, à défaut, par le service du contrôle médical.

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article R 315-2-1

Lorsque le service du contrôle médical estime devoir faire application des dispositions de l'article L. 315-2-1, il procède à l'évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins et traitements dispensés à l'assuré y compris les prescriptions d'arrêt de travail, en tenant compte de tous les éléments recueillis auprès des professionnels de santé les ayant prescrits ou dispensés.

S'il apparaît utile, au cours de cette évaluation, de formuler des recommandations sur les soins et les traitements appropriés, y compris les prescriptions d'arrêts de travail, le service du contrôle médical convoque l'assuré qui peut se faire assister par le médecin de son choix.

Les recommandations doivent être transmises dans le délai d'un mois qui suit la convocation.

L'assuré est informé que ces recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

Article L 323-4-1

Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Article D 323-3

En cas d'interruption de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil peut, à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin traitant.

Dans tous les cas, l'assuré est également informé.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après l'examen médical de pré-reprise mentionné à l'article R. 241-51 du code du travail, organisé avec l'accord de l'intéressé, communique au médecin-conseil, sous vingt jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions, notamment celles mentionnées aux articles L. 315-1, L. 315-2, L. 323-3 et L. 341-1 du code de la sécurité sociale, afin de préparer le retour à l'emploi.

Article L 323-1

L'indemnité journalière prévue au 4° de l'article L 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail, et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Article L 331-3

Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines.

Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période d'indemnisation de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize ou de trente-quatre semaines, quarante-six semaines en cas de naissance de plus de deux enfants n'est pas réduite de ce fait.

Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de repos mentionnée aux alinéas précédents et à l'article L. 331-4.

Article L 361-1

Sans préjudice de l'application de l'article L 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L 323-4 lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa

de l'article L 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L 371-1 , ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L 161-8.

Article L 323-4

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 313-3, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.

Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.

Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.

Article L 434-2

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L 341-6.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L 434-1.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Nota : Loi 99-1140 1999-12-29 art 38 II : le présent article est applicable au calcul des rentes versées pour les accidents de travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1er janvier 2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date.

Article R 461-8

Le taux d'incapacité mentionné au quatrième alinéa de l'article L 461-1 est fixé à 66,66 p 100.

Article L 461-1

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L 315-1.

Article D 461-26

Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles mentionné à l'article L 461-1 a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. En tant que de besoin le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort.

Article D 461-27

Le comité régional comprend :

1° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R 315-3 du code de la sécurité sociale ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;

2° Le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L 612-1 du code du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;

3° Un professeur des universités - praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le préfet de région sur proposition

du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Le praticien perçoit pour cette mission une rémunération dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le secrétariat permanent du comité régional est assuré par l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les membres du comité régional sont astreints au secret professionnel.

Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement.

Article D 461-28

Le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime. Si la victime ne demeure pas en France, le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale dont relève ou relevait la victime a son siège.

Article D 461-29

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

- 1° Une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime dont les modèles sont fixés par arrêté ;
- 2° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises ;
- 3° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel ;
- 4° Le cas échéant les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes, dans les conditions du présent livre ;
- 5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

Les pièces demandées par la caisse aux deuxième et troisième paragraphes doivent être fournies dans un délai d'un mois.

La communication du dossier s'effectue dans les conditions définies à l'article R 441-13 en ce qui concerne les pièces mentionnées aux 1°, 3° et 4° du présent article.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 2° et 5° du présent article ne sont communicables à la victime, ses ayants droit et son employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou, à défaut, par ses ayants droit. Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Seules les conclusions administratives auxquelles ces documents ont pu aboutir sont communicables de plein droit à la victime, ses ayants droit et son employeur.

La victime, ses ayants droit et son employeur peuvent déposer des observations qui sont annexées au dossier.

Article D 461-30

Lorsque la maladie n'a pas été reconnue d'origine professionnelle dans les conditions du deuxième alinéa de l'article L 461-1 ou en cas de saisine directe par la victime au titre des troisième et quatrième alinéas du même article, la caisse primaire saisit le comité après avoir recueilli et instruit les éléments nécessaires du dossier mentionné à l'article D 461-29 et, après avoir statué, le cas échéant, sur l'incapacité permanente de la victime.

Elle en avise la victime ou ses ayants droit ainsi que l'employeur.

L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'incapacité permanente, ou par un médecin-conseil habilité à cet effet par le médecin-conseil régional.

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse régionale d'assurance maladie ou l'ingénieur-conseil qu'il désigne pour le représenter.

Le comité peut entendre la victime et l'employeur, s'il l'estime nécessaire.

L'avis motivé du comité est rendu à la caisse primaire, qui notifie immédiatement à la victime ou à ses ayants droit la décision de reconnaissance ou de rejet de l'origine professionnelle de la maladie qui en résulte. Cette notification est envoyée à l'employeur. Lorsqu'elle fait grief, cette notification est effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article D 461-31

Le comité régional adresse chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail un rapport d'activité dont le modèle est fixé par arrêté conjoint de ces deux ministres. Ce rapport est communiqué au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

Le comité adresse également chaque semestre au préfet de sa région les éléments statistiques retraçant son activité au cours de cette période.

Article L 432-1

Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1^o et 3^o de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2^o de l'article L. 321-1.

Les dispositions du II de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre

Article L 432-3

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus par la caisse primaire d'assurance maladie aux praticiens et auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins de toute nature, le tarif des médicaments, frais d'analyses, d'exams de laboratoire et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, concernant les bénéficiaires du présent livre sont les tarifs applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par arrêté interministériel.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident prévue à l'article L 441-5, sauf le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'article L 162-35 et dans la mesure de ce dépassement.

Article L 434-1

Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L 351-11. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.

Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.

Article L 434-2

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L 341-6 .

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L 434-1.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Article L 434-7

En cas d'accident suivi de mort, une pension est servie, à partir du décès, aux personnes et dans les conditions mentionnées aux articles suivants.

Article L 434-8

Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants.

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. La rente viagère, ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps.

S'il existe un nouveau conjoint de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum.

Le conjoint condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Il en est de même pour celui qui a été déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L 434-10.

Sous réserve des dispositions de l'article suivant, le conjoint survivant a droit à un complément de rente égal à une fraction du salaire annuel de la victime lorsqu'il atteint un âge déterminé ou, avant cet âge, aussi longtemps qu'il est atteint d'une incapacité de travail générale. Le pourcentage minimal et la durée minimale de cette incapacité sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L 434-9

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculés selon le taux en vigueur à la date du mariage et afférents à une période déterminée.

Toutefois, si le conjoint survivant a des enfants, il conserve le droit à la rente, dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin en application de l'article L 434-10.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

1°) si le rétablissement de la rente prend effet avant l'expiration de la période mentionnée au premier alinéa du présent article, cette rente est diminuée du montant de la somme déjà attribuée, en application du même alinéa, au titre de la partie restant à courir de ladite période ;

2°) si le conjoint survivant reçoit, en raison de son nouveau veuvage, une rente, pension ou allocation, en application d'une des dispositions du présent code, de l'un des régimes prévus à l'article L 711-1 ou à l'article L 413-12 ou de l'une des dispositions du code rural ou s'il reçoit, en raison d'une séparation de corps ou d'un divorce, une pension alimentaire, le montant de l'avantage dont il bénéficie s'impute sur celui de la rente de conjoint survivant.

Article L 434-10

Les enfants légitimes, les enfants naturels dont la filiation est légalement établie et les enfants adoptés ont droit à une rente jusqu'à un âge limite . Cette limite d'âge peut être relevée pour les enfants qui sont placés en apprentissage, qui poursuivent leurs études, qui sont à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrits comme demandeurs d'emploi à l'agence nationale pour l'emploi, ou qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

La rente est égale à une fraction du salaire annuel de la victime plus importante lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent postérieurement, que lorsque le père ou la mère vit encore. Cette rente croît avec le nombre des enfants bénéficiaires.

Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que les orphelins atteignent la limite d'âge qui leur est applicable.

S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement au regard des dispositions qui précèdent.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages que les enfants mentionnés aux précédents alinéas.

Article L 434-11

La rente prévue à l'article L 434-10, est versée au père ou à la mère, au tuteur ou à la personne ayant la garde de l'enfant.

Article L 434-12

Dans le cas où l'enfant titulaire de la rente prévue à l'article L 434-10 est élevé dans des conditions d'alimentation, de logement et d'hygiène manifestement défectueuses ou lorsque le montant de ladite rente n'est pas employé dans l'intérêt de l'enfant, il peut être procédé à l'institution d'une tutelle dans les conditions prévues à l'article L 552-6.

Article L 434-13

Chacun des ascendants reçoit une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, s'il rapporte la preuve :

1°) dans le cas où la victime n'avait ni conjoint, ni enfant dans les termes des dispositions qui précèdent, qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire ;

2°) dans le cas où la victime avait conjoint ou enfant, qu'il était à la charge de la victime.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de la victime.

Le bénéfice des présentes dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale.

Article L 434-14

Le total des rentes allouées en application de l'article L 434-13 ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si cette quotité est dépassée, la rente de chacun des ascendants sera réduite proportionnellement.

Le total des rentes allouées en application du présent article à l'ensemble des ayants droit de la victime ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépasse cette quotité, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit feront l'objet d'une réduction proportionnelle.

Article R 434-11

La fraction de salaire annuel de la victime, qui sert de base à la rente du conjoint survivant, prévue au premier alinéa de l'article L 434-8 est fixée à 30 p 100. La durée du mariage prévue au même alinéa est de deux ans.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base à la rente viagère prévue au deuxième alinéa de l'article L 434-8 est fixée à 20 p 100. Le minimum de la rente viagère institué en faveur du nouveau conjoint de la victime ne peut être inférieur à la moitié de la rente de 30 p 100.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base au complément de rente prévu en faveur du conjoint survivant par le cinquième alinéa de l'article L 434-8 est fixée à 20 p 100. L'âge minimum que doit avoir ce dernier est de cinquante-cinq ans. Le pourcentage minimal de l'incapacité de travail générale prévue au même alinéa est fixé à 50 p 100 ; sa durée minimale est fixée à trois mois.

Est reconnu atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 p 100 le conjoint survivant qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum de croissance.

Article L 452-3

Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 p 100, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée.

La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Article R 452-1

La cotisation supplémentaire prévue au sixième alinéa de l'article L 452-2 ne peut être perçue pendant plus de vingt ans et son taux excéder ni 50 p 100 de la cotisation de l'employeur ni 3 p 100 des salaires servant de base à cette cotisation.

Article L 453-1

Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre aux prestations dans les conditions prévues au livre III sous réserve des dispositions de l'article L 375-1.

Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Article L 441-4

La caisse régionale peut autoriser un employeur à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux par une inscription sur un registre ouvert à cet effet. Un décret fixe les conditions d'application de cet article et notamment les critères d'attribution de l'autorisation et de son retrait ainsi que les modalités de l'inscription.

L'employeur est tenu d'en aviser le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ce registre est tenu à la disposition des agents de contrôle des caisses, de l'autorité compétente de l'État et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire dont relève la victime la déclaration prévue à l'article L 441-2 dans un délai déterminé.

Article D 441-1

L'autorisation de tenue d'un registre de déclaration d'accidents du travail prévue à l'article L 441-4 du présent code peut être accordée à l'employeur, sur sa demande, par la caisse régionale d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes :

1°) présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'État, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche et de sécurité ou les caisses régionales d'assurance maladie ;

2°) existence d'un poste de secours d'urgence ;

3°) respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par l'article L 236-1 du code du travail.

La caisse régionale avise la caisse primaire de l'autorisation qu'elle a accordée.

En cas de refus de l'autorisation, la caisse régionale notifie sa décision motivée à l'employeur.

Article D 441-2

Le registre est délivré après enquête par la caisse régionale d'assurance maladie. Toutefois, il demeure la propriété de ladite caisse.

L'employeur envoie le registre à la fin de chaque année civile, par lettre avec accusé de réception, à la caisse régionale d'assurance maladie. Il peut en obtenir la communication.

Article D 441-3

L'employeur inscrit sur le registre, dans les quarante-huit heures non compris les dimanches et jours fériés, les accidents du travail de son personnel n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Il est indiqué sur le registre le nom de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions assortis du visa du donneur de soins ainsi que les autres éléments devant figurer sur la déclaration d'accident du travail.

La victime signe le registre en face des indications portées par l'employeur. Le médecin du travail peut consulter le registre.

Article D 441-4

La caisse régionale d'assurance maladie peut décider le retrait de l'autorisation de tenue d'un registre pour l'une des raisons suivantes :

1°) tenue incorrecte du registre ;

2°) disparition des conditions d'octroi ;

3°) refus de présentation du registre :

- aux agents de contrôle des caisses primaires et régionales d'assurance maladie ;

- aux agents de l'inspection du travail ;

- à la victime d'un accident consigné au registre ;

- au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut de l'existence de ce dernier, aux délégués du personnel.

La caisse régionale notifie à l'employeur sa décision motivée de retrait de l'autorisation.

Article L 461-5

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L 321-2.

Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L 461-2, il est fixé un délai plus long courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau annexé au décret en Conseil d'Etat.

Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L 461-1, le délai de prescription prévu à l'article L 431-2 court à compter de la cessation du travail

Article L 431-2

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater :

1°) du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière ;

2°) dans les cas prévus respectivement au premier alinéa de l'article L 443-1 et à l'article L 443-2 , de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas

de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la clôture de l'enquête effectuée à l'occasion de cette modification ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute ;

3°) du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande en révision prévue au troisième alinéa de l'article L 443-1 ;

4°) de la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure pour un détenu exécutant un travail pénal ou un pupille de l'éducation surveillée dans le cas où la victime n'a pas droit aux indemnités journalières.

L'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements pour les prestations mentionnées à l'article L 431-1 se prescrit par deux ans à compter soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les prescriptions prévues aux trois alinéas précédents sont soumises aux règles de droit commun.

Toutefois, en cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L 452-1 et suivants est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

Article L 442-1

Lorsque, soit d'après les certificats médicaux transmis en exécution de l'article L 441-6 , soit d'après un certificat médical produit à n'importe quel moment à la caisse primaire par la victime ou par ses ayants droit, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail ou lorsque la victime est décédée, la caisse primaire d'assurance maladie doit, dans les vingt-quatre heures , faire procéder à une enquête par un agent assermenté, agréé par l'autorité compétente de l'État dans des conditions prévues par décret et qui ne pourra, en aucun cas, appartenir au personnel de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance maladie.

Article L 442-2

L'enquête a pour but de rechercher :

1°) la cause, la nature et les circonstances de l'accident ;

2°) la nature des lésions ;

3°) les éléments de nature à permettre à la caisse primaire d'assurance maladie de statuer sur le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie.

L'enquête est contradictoire. La victime a le droit de se faire assister par un ouvrier ou employé de la même profession, par ses père, mère ou conjoint ou par un délégué de son organisation syndicale ou de son association de mutilés ou invalides du travail. Le même droit appartient aux ayants droit de la victime en cas d'accident mortel.

L'agent assermenté consigne les résultats de son enquête dans un procès-verbal qui fait foi, jusqu'à preuve du contraire, des faits qu'il a constatés.

Article R 442-1

La caisse peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident par la déclaration prévue à l'article L 441-2 ou par quelque moyen que ce soit, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à une expertise dans les conditions fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre I.

Article L 442-5

Les dispositions de l'article L 315-1 sont applicables aux accidents du travail.

Article R 141-3

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- 1°) l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- 2°) l'avis du médecin conseil ;
- 3°) lorsque l'expertise est demandée par le malade ou la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- 4°) la mission confiée à l'expert ou au comité et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

La caisse adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Article L 142-2

Le tribunal des affaires de sécurité sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale.

La cour d'appel statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article R 861-2

Le foyer mentionné à l'article L 861-1 se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé ainsi que, le cas échéant, de son conjoint soumis à une imposition commune ou de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité et des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

- 1° Les enfants et les autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- 2° Les enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;

3° Les enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du code général des impôts, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

L'imposition commune du conjoint et le rattachement prévu au 1° s'apprécient au regard de la dernière déclaration effectuée au titre de l'impôt sur le revenu à la date du dépôt de la demande de protection complémentaire.

Article R 861-3

Le plafond de ressources prévu à l'article L 861-1 est majoré :

1° De 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer tel que défini à l'article R 861-2 ;

2° De 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personnes ;

3° De 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Article R 861-4

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé comprennent, sous les réserves et selon les modalités de calcul ci-après, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, tel qu'il est défini à l'article R 861-2 , y compris les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

Article R 861-8

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R 861-11, R 861-14 et R 861-15.

En cas de diminution au cours de cette période du nombre de personnes composant le foyer tel que défini à l'article R 861-2, il n'est pas tenu compte des ressources perçues par les personnes qui, durant la période, ont cessé d'entrer dans les catégories visées audit article.

Les rémunérations d'activité perçues par toute personne mentionnée à l'article R 861-2 pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % :

1° Si l'intéressé justifie d'une interruption de travail supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R 324-1 ;

2° S'il se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L 351-3 du code du travail ou s'il se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique prévue à l'article L 351-25 du même code ; la rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application du deuxième alinéa de l'article L 961-1 du même code est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application de l'abattement précité, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation ;

3° S'il perçoit l'allocation d'insertion prévue à l'article L 351-9 du code du travail ;

4° S'il perçoit l'allocation de solidarité spécifique prévue à l'article L 351-10 du code du travail ;

5° S'il est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

Il n'est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l'année de référence lorsque l'intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu'il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

Article L 863-1

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 20 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 200 euros par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 100 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 400 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an

Article L 863-2

La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article L 863-3

L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L 863-4

Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L 863-5

Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

Article L 863-6

Le bénéficiaire du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2.

Article D 322-1

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- aplasie médullaire ;
- artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathie homozygote ;
- hémophilie ;
- hypertension artérielle sévère ;
- infarctus du myocarde datant de moins de six mois ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques invalidante ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active ; lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

TEXTE INTEGRAL DES ARTICLES DU STATUT DU PERSONNEL REFERENCES DANS LE REGLEMENT INTERIEUR

(PAR ORDRE D'APPARITION DANS LE REGLEMENT INTERIEUR)

Article 50

Les membres du bureau du Conseil de Prévoyance sont placés en relève spéciale.

Article 51

Il est accordé aux autres délégués le temps nécessaire pour assister :

1°) aux réunions ordinaires ou extraordinaires du conseil ;

2°) aux réunions des commissions où leur présence est nécessaire. Des relèves de service sont accordées aux dits délégués pour participer aux études, enquêtes et visites nécessaires au fonctionnement du Conseil de Prévoyance.

Article 94

La Commission Médicale est un organisme composé de trois membres :

- un médecin du Conseil de Prévoyance, agréé par la Régie, Président ;
- deux médecins-conseil de la CCAS ;

Le représentant du Conseil de Prévoyance assiste à ces séances à titre consultatif.

Elle se réunit périodiquement en vue de donner un avis sur les cas particuliers et obligatoirement :

- sur les prolongations de congé à accorder aux agents en congé de maladie depuis trois mois ;
- sur l'attribution des congés de maladie visés à l'article 83 et des congés de longue durée ;
- à la demande des agents en congé de maladie de plus de 3 mois, sur leur inaptitude à tout emploi à la Régie, après avis d'inaptitude définitive à l'emploi statutaire par le médecin du travail, et sur leur réforme ;
- sur la mise en disponibilité (art 86).

Les décisions du Président Directeur Général prises au vu de ces avis sont immédiatement exécutoires.

Article 95

Tout agent a le droit de faire appel de la décision prise à son égard par la Commission Médicale.

Pour être recevable, l'appel doit être interjeté dans le délai de deux mois à compter du jour de la décision contestée.

La Commission Médicale statuant en appel dans le délai maximum d'un mois à compter de la date d'appel est constituée comme suit :

- un médecin du Conseil de Prévoyance, agréé par la Régie, Président ;
- le Médecin en Chef de la Régie ;
- un médecin-conseil de la CCAS, n'ayant pas été appelé à siéger en première instance.

Le représentant du Conseil de Prévoyance assiste à ces séances à titre consultatif.

L'intéressé peut se faire assister par un médecin de son choix qui sera entendu à titre consultatif.

Article 87

Les soins médicaux et pharmaceutiques de toute nature sont dispensés à titre gratuit. Les conditions d'application sont fixées par le règlement intérieur de la CCAS :

- aux agents qui, n'interrompant pas leur service, sont soignés par un praticien de la Régie ou agréé par celle-ci, appartenant à la médecine soignante ;
- aux agents bénéficiaires d'un des congés de maladie visés aux articles 80 et 83 jusqu'à épuisement de leurs droits à ces congés ;
- aux agents bénéficiaires d'un congé de longue durée ;
- aux agents mis en disponibilité dans les conditions prévues à l'article 86.

Article 80

Les agents en activité ou placés dans l'une des positions visées à l'article précédent sont admis à bénéficier, en cas de maladie ou de blessure hors service dûment constaté par un praticien habilité ou par un médecin du Conseil de prévoyance agréé par la Régie, de congés de plein salaire dont la durée ne peut excéder trois cent soixante cinq jours consécutifs.

Ces congés sont accordés :

- a) Jusqu'à concurrence de trois mois consécutifs sur proposition d'un praticien habilité ;
- b) Au-delà de ces trois mois, par la Commission médicale visée au chapitre VI ci-après.

Article 81

Les agents mis hors d'état de continuer leur service, soit par suite d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant leurs jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, soit au cours d'une lutte soutenue ou d'un attentat subi dans l'exercice de leurs fonctions, sont maintenus en congé de maladie à plein salaire jusqu'à leur rétablissement ou leur admission à la retraite.

Article 82

Les agents fondés à invoquer le bénéfice de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 et des textes subséquents peuvent, en ce qui concerne les cas d'indisponibilité résultant de leurs infirmités de guerre, obtenir sur leur demande et après avis favorable de la Commission Médicale l'application des dispositions dudit article au lieu des dispositions résultant de l'article 80 ci-dessus. Cette application est faite à compter du jour de l'entrée en fonctions de l'agent sans pouvoir remonter au-delà du 20 mars 1928.

Les agents atteints d'infirmité ayant ouvert droit à pension au titre de la loi du 24 juin 1919 et des textes subséquents relatifs aux réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre peuvent bénéficier des mêmes dispositions.

Article 83

Les agents qui, à l'expiration de leurs droits aux congés de maladie visés à l'article 80 ci-dessus, restent atteints d'une affection grave et caractérisée dont la guérison ou la consolidation peut être envisagée médicalement, peuvent bénéficier de congés de maladie à demi-salaire, ou, s'ils ont au moins trois enfants à charge au sens de la législation sur les allocations familiales, aux deux tiers de leur salaire.

Ces congés sont attribués par la Commission Médicale et peuvent être renouvelés sur avis ultérieur de la Commission jusqu'à concurrence d'une durée totale de trois années, compte tenu de la période de congés de maladie visée à l'article 80.

Ils ne valent que pour une affection déterminée et peuvent être réduits, suspendus ou supprimés si l'état du bénéficiaire n'en justifie plus le maintien.

En cas de rechute de la même affection après une reprise de service, la nouvelle indisponibilité est considérée comme la continuation de celle qui a motivé le dernier congé de maladie, visé au 1er alinéa ci-dessus, obtenu par l'intéressé. Toutefois, une interruption d'au moins une année dans le service des prestations de cette maladie ouvre droit, en cas de rechute, au bénéfice des dispositions du présent article, dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une affection différente.

Article 84

Les agents atteints :

- d'affection tuberculeuse,
 - d'affection cancéreuse,
 - de maladie mentale,
 - de poliomyélite,
 - de déficit immunitaire grave et acquis,
 - d'affections neurologiques graves et invalidantes,
 - d'insuffisance respiratoire grave et invalidante, nécessitant une oxygénothérapie permanente,
 - d'insuffisance cardiaque grave et invalidante stade IV de la NYHA (New York Heart Association),
 - en attente de greffe d'organe et en incapacité totale de travail constatée par la commission médicale.
- peuvent obtenir des congés de longue durée avec plein salaire pendant trois ans, et avec demi-salaire pendant deux ans.

Ces congés sont accordés et renouvelés par période ne pouvant excéder six mois sur demande des intéressés, soit d'office, après avis de la commission médicale.

Article 88

Le paiement du salaire ou, le cas échéant, de la fraction de salaire, ainsi que la gratuité des soins, sont subordonnés à l'obligation, pour les bénéficiaires d'un congé de maladie de quelque nature que ce soit :

- 1) De se soumettre aux visites médicales et aux contrôles de la CCAS ;
- 2) De s'abstenir de toute activité, rémunérée ou non, sauf autorisation expresse de la Régie ; cette autorisation ne peut être accordée lorsque l'agent perçoit son plein salaire ; l'agent autorisé à exercer une activité secondaire devra faire connaître à la Régie le salaire attaché à cette activité ; la rémunération versée par la Régie sera éventuellement diminuée dans la mesure où le total de ces rémunérations et salaire excéderait le plein salaire prévu en cas de maladie ;
- 3) D'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser leur rééducation ou leur reclassement professionnel.

Tout agent ayant enfreint les prescriptions des alinéas 2) et 3) peut être déféré au Conseil de discipline.

Article 90

Les femmes bénéficient en cas de maternité d'un congé payé ainsi qu'il est dit à l'article 69.

Le service médical leur dispense, dans les conditions définies par le règlement intérieur de la CCAS, les soins médicaux, pharmaceutiques et divers relatifs à la maternité, à l'accouchement et à ses suites.

Article 96

Les agents pouvant prétendre à une pension d'invalidité dans le cadre des dispositions légales sont déférés, soit sur leur demande, soit par les soins de la Commission Médicale ou, le cas échéant, de la Commission Médicale d'Appel, devant la Commission d'Invalidité.

La composition de la Commission d'invalidité est fixée par les Statuts de la CCAS.

Article 93 (v. note GIS 99-124 du 23 septembre 1999)

Le conjoint d'un agent décédé avant l'âge de soixante ans et se trouvant au moment du décès soit en activité de service, soit en position de disponibilité spéciale visée aux alinéas 1° et 2° de l'article 33, soit sous les drapeaux sauf le cas de mort en service, a droit, au moment du décès et quels que soient l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, à une indemnité-décès.

Cette dernière, calculée sur la base de la rémunération statutaire de l'agent au moment de son décès, comprend :

- 1° une allocation principale égale à douze mois de ladite rémunération ;
- 2° une majoration égale à deux mois de la rémunération statutaire moyenne de l'emploi d'ouvrier qualifié par enfant à charge au sens fiscal.

A défaut de conjoint, l'indemnité-décès est accordée aux enfants à charge, ou, à défaut, aux ascendants à charge.

Article 92

La Commission des rentes accidents de travail et des maladies professionnelles est chargée de donner son avis sur le droit de la victime ou de ses ayants droit à une rente accident du travail et sur le montant de celle-ci.

La composition de cette Commission est fixée par les Statuts de la CCAS.

TABLE DES MATIERES

	Pages
<i>Sommaire</i>	2 à 4
<i>Règlement intérieur</i>	5 à 52
<i>Titre 1 – Dispositions générales</i>	5 à 7
<i>Titre 2 – Fonctionnement du Conseil d'administration</i>	8 à 15
<i>Titre 3 – Les prestations légales servies par la Caisse</i>	16 à 43
<i>Titre 4 – La couverture maladie universelle complémentaire</i>	44
<i>Titre 5 – Les prestations supplémentaires servies par la Caisse</i>	45 à 48
<i>Titre 6 – Action sociale et prévention</i>	49 à 54
<i>Annexe 1 – L'aide au foyer</i>	55 à 57
<i>Annexe 2 – L'aide au maintien à domicile</i>	58 à 59
<i>Annexe 3 – Coefficient professionnel</i>	60 à 62
<i>Texte intégral des articles du Code de la sécurité sociale référéncés en note de bas de page</i>	63 à 89
<i>Texte intégral des articles du Statut du Personnel référéncés en note de bas de page</i>	90 à 93

