

RÉGLEMENTATION COMMUNE

relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires
des Communautés européennes

L'INSTITUTION,

vu le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés, fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/1968¹ et modifiés en dernier lieu par le règlement (CE, Euratom) n° 723/2004², et notamment l'article 72 dudit statut et l'article 28 dudit régime,

vu la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, et notamment son article 30,

vu l'avis du comité du statut,

vu l'avis du comité de gestion de l'assurance maladie,

¹ JO L 56 du 4.3.1968, p. 1.

² JO L 124 du 27.4.2004, p. 1.

considérant qu'il appartient aux institutions des Communautés européennes d'arrêter, d'un commun accord, une réglementation relative à la couverture des risques de maladie applicable aux fonctionnaires de ces Communautés,

vu le commun accord des institutions des Communautés européennes¹

A ARRÊTÉ LA PRÉSENTE RÉGLEMENTATION:

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

TITRE I

OBJET

Article premier

En application de l'article 72 du Statut, il est institué un Régime d'assurance maladie commun aux institutions des Communautés européennes (RCAM). Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente Réglementation et dans les dispositions générales d'exécution adoptées sur la base de son article 52, le remboursement des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que le versement d'une indemnité de frais funéraires.

¹ La présente réglementation a été arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

Les bénéficiaires sont les affiliés et les personnes assurées de leur chef.

Les références faites aux institutions dans la présente Réglementation s'entendent également comme faites aux agences communautaires.

TITRE II

LES AFFILIÉS

CHAPITRE 1

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 2

Affiliation

1. Sont affiliés au présent régime:
 - le fonctionnaire,
 - l'agent temporaire,
 - l'agent contractuel dans la mesure où il n'a pas demandé le maintien de sa couverture assurance maladie dans le pays dans lequel il a été couvert pour la dernière fois selon les dispositions prévues à l'article 112 du Régime applicable aux autres agents.

2. Sont affiliées au présent régime et aux conditions fixées par leur régime pécuniaire les personnes suivantes, qu'elles soient en activité ou après cessation de leurs fonctions:

- le président, les vice-présidents et les membres de la Commission,
- le président, les juges, les avocats généraux et le greffier de la Cour de justice,
- le président, les membres et le greffier du Tribunal de première instance,
- le président et les membres de la Cour des comptes,
- le médiateur de l'Union européenne,
- le contrôleur et le contrôleur adjoint européen de la protection des données.

3. Sont affiliés au présent régime:

- les anciens fonctionnaires, agents temporaires, bénéficiaires d'une pension d'ancienneté,
- les anciens agents contractuels bénéficiaires d'une pension d'ancienneté à condition d'avoir été employés pendant plus de trois ans en qualité d'agent contractuel,
- les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une allocation d'invalidité,

- les personnes ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu des règlements 259/68, 2530/72¹, 1543/73², 2150/82³, 1679/85⁴, 3518/85⁵, 2274/87⁶, 1857/89⁷, 2688/95⁸, 2689/95⁹,
 - les personnes ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu des règlements 1746/02¹⁰, 1747/02¹¹ et 1748/02¹² du Conseil pour autant qu'elles ne bénéficient pas de revenus d'une activité professionnelle lucrative,
 - les bénéficiaires d'une pension d'ancienneté anticipée ou différée à condition de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative,
 - les fonctionnaires, agents temporaires ou agents contractuels en situation de congé de convenance personnelle, à leur demande et à condition de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative.
4. Sont affiliés au présent régime:
- le conjoint survivant ou le partenaire reconnu survivant titulaire d'une pension de survie,
 - le conjoint survivant ou le partenaire reconnu survivant d'une personne visée au paragraphe 2 et aux conditions fixées par le régime pécuniaire de celle-ci,
 - le conjoint divorcé survivant titulaire d'une pension de survie,
 - le titulaire d'une pension d'orphelin à sa demande ou celle de son représentant légal lorsqu'il ne peut être couvert du chef d'un affilié.

¹ JO L 272 du 5.12.1972, p. 1.
² JO L 155 du 11.6.1973, p. 1.
³ JO L 288 du 4.8.1982, p. 1
⁴ JO L 162 du 21.6.1985, p. 1.
⁵ JO L 335 du 13.12.1985, p. 56.
⁶ JO L 209 du 31.7.1987, p. 1.
⁷ JO L 181 du 28.6.1989, p. 2.
⁸ JO L 280 du 23.11.1995, p. 1.
⁹ JO L 280 du 23.11.1995, p. 4.
¹⁰ JO L 264 du 2.10.2002, p. 1.
¹¹ JO L 264 du 2.10.2002, p. 5.
¹² JO L 264 du 2.10.2002, p. 9.

Article 3

Contribution

1. Ce montant de la contribution au présent régime s'élève à 5,1% du traitement de base, de la pension d'ancienneté, de la pension ou allocation d'invalidité, de la pension de survie ou d'orphelin, de l'indemnité prévue aux règlements 1746/2002, 1747/2002 et 1748/2002 du Conseil et ce, à raison d'un tiers à la charge de l'affilié et des deux tiers à charge des institutions et organes concernés.

S'agissant du titulaire d'une pension d'ancienneté ou d'une pension de survie, la contribution ne peut être inférieure à celle calculée sur le traitement de base afférent au grade 1, premier échelon¹.

2. En cas de congé parental ou familial à plein temps, la totalité de la contribution est calculée sur le dernier traitement de base et est supportée par l'institution ou l'organe concerné.

En cas de congé parental ou familial à mi-temps, la contribution supportée par l'institution ou l'organe concerné est calculée sur la différence entre le traitement de base intégral et le traitement de base réduit en proportion.

Pour la part du traitement de base effectivement versé, la contribution de l'affilié est calculée en appliquant les mêmes pourcentages que s'il travaillait à plein temps.

3. En cas de travail à temps partiel, la contribution est calculée sur le traitement de base intégral de l'affilié selon la répartition prévue au paragraphe 1.

¹ Pour la période du 1^{er} mai 2004 au 30 avril 2006: grade D*1, premier échelon.

4. En cas de congé de convenance personnelle, l'affilié peut rester couvert par le présent régime à condition de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade pendant la première année du congé et à raison de la totalité à partir de la deuxième année.

5. En cas de congé pour service militaire, l'affilié n'est pas couvert par le présent régime. Toutefois les personnes assurées de son chef demeurent couvertes dans les conditions suivantes:

- dans le cas visé à l'article 42, deuxième alinéa, du Statut sans que l'affilié ait à verser de contribution;
- dans le cas visé à l'article 42, troisième alinéa, du Statut pour autant que l'affilié verse sa contribution calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 4

Affiliation obligatoire à un autre régime d'assurance maladie

Lorsqu'un fonctionnaire, agent temporaire ou agent contractuel est affecté dans un pays où, en vertu de sa législation, il est assujéti à un régime obligatoire d'assurance contre les risques de maladie, les cotisations dues à ce titre sont versées intégralement à charge du budget de l'institution dont relève l'intéressé. Dans ce cas, l'article 22 est applicable.

CHAPITRE 2

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX FONCTIONNAIRES

Article 5

Détachement sans rémunération

Le fonctionnaire qui se trouve dans la position de détachement sans rémunération, prévue à l'article 39, sous f., du Statut, peut rester couvert par le présent régime jusqu'à sa démission d'office, pour autant qu'il supporte la totalité de la contribution calculée sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 6

Disponibilité et retrait d'emploi

1. Le fonctionnaire bénéficiaire d'une indemnité prévue aux articles 41 ou 50 du Statut peut rester couvert par le présent régime à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison d'un tiers calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Le fonctionnaire peut de nouveau être couvert par le présent régime sur demande écrite à la cessation de toute activité professionnelle lucrative dûment justifiée.

2. Le fonctionnaire ne jouissant ni d'une indemnité prévue aux articles 41 ou 50 du Statut ni d'une pension peut rester couvert par le présent régime à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade pendant les six premiers mois et à raison de la totalité à partir du 7^{ème} mois.

Le fonctionnaire peut de nouveau être couvert par le présent régime sur demande écrite à la cessation de toute activité professionnelle lucrative dûment justifiée.

Article 7

Cessation définitive des fonctions

Le fonctionnaire ayant cessé définitivement ses fonctions peut rester couvert par le présent régime pendant une période maximale de six mois à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

La demande de couverture doit être formulée avant la fin du premier mois suivant la date de la cessation définitive des fonctions.

Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de maladie grave ou prolongée contractée avant la cessation des fonctions et déclarée à l'institution avant l'expiration de la période de six mois prévue au premier alinéa, à condition que l'intéressé se soumette au contrôle médical organisé par l'institution.

Article 8

Perte de rémunération

Le fonctionnaire qui perd le bénéfice de sa rémunération en cas d'absence irrégulière ou de mesure disciplinaire peut, sur demande écrite dans le mois suivant la date de la décision, rester couvert par le présent régime à condition de verser la contribution à raison d'un tiers calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 9

Licenciement pour insuffisance professionnelle

Le fonctionnaire bénéficiant d'une indemnité prévue à l'article 51 du Statut peut rester couvert par le présent régime pendant la durée de versement de celle-ci, à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative,
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié, calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

CHAPITRE 3

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX AGENTS TEMPORAIRES ET AUX AGENTS CONTRACTUELS

Article 10

Démission – fin de contrat

L'agent ayant démissionné ou en fin de contrat peut rester couvert par le présent régime pendant une période maximale de six mois à condition:

- de justifier ne pas pouvoir obtenir de remboursement au titre d'une autre assurance maladie légale ou réglementaire,
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

La demande de couverture doit être formulée avant la fin du premier mois suivant la date de la démission ou de la fin du contrat.

Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de maladie grave ou prolongée contractée avant la cessation des fonctions et déclarée à l'institution avant l'expiration de la période de six mois prévue au premier alinéa, à condition que l'intéressé se soumette au contrôle médical organisé par l'institution.

Article 11

Chômage

L'agent bénéficiant des allocations de chômage communautaires est couvert par le présent régime pendant la durée de versement de celles-ci.

Cette couverture de nature complémentaire ne donne pas lieu à contribution.

L'agent peut être couvert à titre primaire par le présent régime sur demande écrite dûment justifiée en cas d'impossibilité de couverture par un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire.

TITRE III

LES ASSURÉS DU CHEF DES AFFILIÉS

CHAPITRE 1

LE CONJOINT ET LE PARTENAIRE RECONNU

Article 12

Assurés

Sont assurés du chef de l'affilié, suivant les conditions fixées aux articles 13 et 14:

- le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au présent régime,

- le partenaire reconnu de l'affilié même si la condition prévue à l'article 1^{er}, paragraphe 2, point c), sous iv), de l'annexe VII du Statut n'est pas remplie,
- le conjoint ou le partenaire reconnu, en situation de congé de convenance personnelle telle que prévue au Statut.

Article 13

Couverture primaire

L'assuré est couvert à titre primaire par le présent régime s'il ne dispose pas de revenus propres d'origine professionnelle ou si le niveau trop faible de ces derniers ne lui permet pas d'être couvert par un autre régime obligatoire d'assurance maladie légale ou réglementaire.

Sont considérés comme revenus d'origine professionnelle, tous salaires, traitements, honoraires, émoluments, allocations, indemnités ou pensions découlant d'une activité professionnelle présente ou antérieure, à l'exclusion des allocations ou indemnités pour frais.

Article 14

Couverture complémentaire

1. Si l'assuré dispose de revenus d'origine professionnelle, il peut être couvert à titre complémentaire par le présent régime à condition:

- que ses revenus annuels imposables, avant déduction de l'impôt et après déduction des cotisations sociales et des frais professionnels, ne soient pas supérieurs au traitement de base d'un fonctionnaire de grade 2 au premier échelon¹ affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus,

¹ Pour la période du 1^{er} mai 2004 au 30 avril 2006: grade C*2, premier échelon.

- et qu'il soit couvert globalement contre les mêmes risques en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires.
2. Afin que l'assuré puisse continuer de bénéficier de la couverture complémentaire du présent régime, l'affilié est tenu de fournir chaque année avant la fin du premier semestre, la preuve des revenus perçus par son conjoint ou son partenaire reconnu, au titre de l'année fiscale ou calendrier précédent.
 3. L'affilié est tenu de signaler tout changement intervenu dans la situation professionnelle de son conjoint ou de son partenaire reconnu pouvant entraîner d'éventuelles modifications dans les droits à couverture au titre du présent régime.

Article 15

Divorce - fin de partenariat

1. Le conjoint divorcé d'un affilié ou son partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut être couvert par le présent régime pendant une période maximale de douze mois à compter de la date officielle du divorce ou de la rupture du partenariat et à condition de ne pas exercer une activité professionnelle lucrative.
2. En cas de décès de l'affilié, si le partenaire reconnu, assuré de son chef, ne peut bénéficier d'une pension de survie, il reste couvert au titre du présent régime dans les conditions prévues au paragraphe 1.

CHAPITRE 2

LES PERSONNES À CHARGE

Article 16

Enfant à charge

1. L'enfant à charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII du Statut est couvert par le présent régime.

Si l'enfant à charge peut bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux au titre d'un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire, le régime commun intervient à titre de régime complémentaire.

2. La limite d'âge et les exceptions à la reconnaissance de la qualité d'enfant à charge sont définies à l'article 2, paragraphe 3, point b), et paragraphe 5 de l'annexe VII du Statut.

3. L'enfant à charge n'est pas couvert par le présent régime pendant la période de son service militaire ou civil.

La couverture de cet enfant peut être accordée au-delà de 26 ans pour une période maximale de douze mois s'il n'exerce aucune activité professionnelle lucrative.

Article 17

Autres personnes à charge de l'affilié

La personne reconnue à charge de l'affilié au sens de l'article 2, paragraphes 4, de l'annexe VII du Statut peut être couverte par le présent régime à condition de ne pas pouvoir être couverte par un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire.

Article 18

Prorogation

S'il n'exerce aucune activité professionnelle lucrative, le bénéficiaire peut rester couvert par le présent régime pendant une durée de douze mois maximum à compter:

- de la date à laquelle il perd la qualité d'enfant à charge ou de personne assimilée à enfant à charge;
- de la date à laquelle il perd le droit à la pension d'orphelin.

DEUXIÈME PARTIE

REMBOURSEMENT

TITRE I

PRINCIPE

Article 19

Libre choix

1. Les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins.
2. Le principe du libre choix n'implique pas automatiquement le remboursement des frais de transport ou de déplacement ainsi occasionnés; les règles de remboursement de ce type de frais sont fixées dans les dispositions générales d'exécution.
3. Le libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité qu'après avoir recouru aux possibilités du régime primaire.

TITRE II

RÈGLES

Article 20

Règles générales de remboursement

1. Dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du Régime commun d'assurance maladie et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du Statut, des plafonds de remboursement de certaines prestations peuvent être fixés dans les dispositions générales d'exécution.

Si les frais exposés par l'affilié sont inférieurs au plafond, le remboursement est calculé sur la base du montant exposé.

2. Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

3. Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le Bureau liquidateur, après avis du médecin conseil, ne donnent pas lieu à remboursement.

4. Les frais relatifs à des prestations non prévues par les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation peuvent être remboursés à 80% après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur. Cette information est portée régulièrement à la connaissance des affiliés.

5. Afin d'assurer un traitement égal des prestations liquidées dans n'importe lequel des États membres de l'Union européenne, des coefficients d'égalité sont arrêtés au moins tous les deux ans par le Collège des chefs d'administration, après avis du Comité de Gestion. Ces coefficients sont portés à la connaissance des affiliés.

6. Conformément à l'article 72, paragraphe 1, du Statut, les frais sont remboursés à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur.

Cet avis est émis sur la base des critères généraux fixés dans les dispositions générales d'exécution après consultation du Conseil médical.

Les frais liés aux examens de dépistage prévus dans les dispositions générales d'exécution et les frais d'accouchement sont également remboursés à 100%.

Toutefois, dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du Statut, certaines prestations peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet de plafonds spéciaux de remboursement fixés dans les dispositions générales d'exécution.

7. Les remboursements prévus à 100% ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73 du Statut.

Article 21

Règles particulières de remboursement de prestations hors Union européenne

1. Les frais exposés dans un pays hors Union européenne où les coûts sont particulièrement élevés, font l'objet d'une réduction par application d'un coefficient d'assiette remboursable permettant d'appliquer les taux de remboursement sur un montant de frais rendus comparables à la moyenne des coûts dans les pays de l'Union européenne.

Ces coefficients sont établis sur la base d'indices officiels du coût de la santé comparables entre les différents pays. Ils sont révisés périodiquement et portés à la connaissance des affiliés.

2. Le coefficient d'assiette remboursable n'est pas appliqué si le montant à rembourser sur les frais exposés est inférieur ou égal au plafond de remboursement prévu à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa.

3. S'il n'existe pas de traitement médical équivalent au sein de l'Union européenne, en cas d'urgence médicale ou pour des affiliés pensionnés vivant dans un tel pays, un remboursement complémentaire est versé permettant d'atteindre un remboursement effectif de 50% du total des frais réellement exposés si, après l'application de ce coefficient d'assiette remboursable, la partie des frais non remboursés par le régime excède 50% du total des frais réellement exposés.

Ce remboursement complémentaire ne s'applique pas aux prestations soumises aux plafonds de remboursement prévus à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa.

4. En cas de maladie grave prévue à l'article 20, paragraphe 6, et s'il n'existe pas de traitement médical équivalent au sein de l'Union européenne, le coefficient d'assiette remboursable n'est pas appliqué par le Bureau liquidateur, après avis du médecin conseil requis sur l'autorisation préalable.

Article 22

Remboursements perçus au titre d'un autre régime d'assurance maladie

1. Lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une autre assurance maladie légale ou réglementaire, l'affilié est tenu:

- a) d'en faire la déclaration auprès du Bureau liquidateur;
- b) de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité le remboursement garanti par l'autre régime.

Toutefois s'il y a obligation de cotisation à deux régimes, les affiliés au présent régime peuvent choisir le régime auquel ils s'adresseront pour le remboursement des prestations dont ils ont bénéficié, sachant que le régime commun intervient à titre de régime complémentaire pour les cas où il n'intervient pas comme régime primaire;

- c) de joindre à chaque demande de remboursement introduite au titre du présent régime un relevé original et détaillé, accompagné de pièces justificatives, des remboursements que l'affilié ou la personne assurée de son chef a obtenus au titre de l'autre régime.

2. Le Régime commun intervient à titre de régime complémentaire dans le remboursement des prestations pour autant que l'autre régime soit intervenu préalablement pour les prestations couvertes par celui-ci.

Si une prestation n'est pas couverte par le régime primaire mais que celle-ci est couverte par le régime commun, ce dernier interviendra à titre primaire.

3. Si l'ensemble des remboursements dont bénéficie l'affilié ou une personne assurée de son chef, dépasse le remboursement prévu par le présent régime, la différence est déduite du montant à rembourser par celui-ci.

Les remboursements obtenus au titre d'une assurance maladie complémentaire privée destinée à couvrir la partie non remboursable des frais par le présent régime ne sont pas inclus dans ce calcul.

Article 23

Exclusion du remboursement de certains frais

1. Lorsque, suite à l'examen médical d'engagement, un agent temporaire ou un agent contractuel est exclu du bénéfice du remboursement de certains frais, conformément à l'article 28, deuxième alinéa, et à l'article 93 du régime applicable aux autres agents, le résultat de cet examen est communiqué au médecin conseil du Bureau liquidateur; le médecin conseil précise au Bureau liquidateur les prestations dont les frais ne donnent pas lieu à remboursement.

2. À l'expiration d'une période de deux ans à partir de la date d'engagement de l'agent temporaire ou de l'agent contractuel, l'autorité habilitée à conclure des contrats d'engagement au nom de l'institution dont relève l'intéressé peut lever la décision d'exclusion si, de l'avis du médecin conseil de l'institution, la maladie ou l'infirmité n'est pas réapparue ou n'a pas présenté de suites exceptionnelles au cours de ladite période.

Article 24

Remboursement spécial

1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés au titre de l'article 72, paragraphe 3, du Statut sur la partie des frais non remboursés et pour autant que ces frais ne dépassent pas:

- 50% du coût correspondant à 100% des plafonds de remboursement prévus à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa;
- et, pour les prestations non plafonnées, 50% du montant correspondant à 100% des dépenses effectivement remboursées selon les taux en vigueur, à l'exclusion du remboursement complémentaire prévu à l'article 21, paragraphe 3, et après application de l'article 20, paragraphe 2, et/ou de l'article 21, paragraphe 1.

Le seuil de dépassement de 50% est calculé après application éventuelle du coefficient d'égalité prévu à l'article 20, paragraphe 5.

Certaines prestations faisant l'objet d'un plafond de remboursement prévu à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa, peuvent ne pas être prises en compte dans la détermination du remboursement spécial. La liste de ces prestations est fixée dans les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais considérés comme non excessifs et rentrant dans le champ d'application des dispositions générales d'exécution de la présente Réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire perçus pendant ladite période, le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3, du Statut est déterminé de la manière suivante:

la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire est remboursée aux taux de:

- 90% lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;
- 100% dans les autres cas.

3. Dans le cas des affiliés qui n'ont plus droit à un traitement ou une indemnité, l'assiette du remboursement spécial est calculée sur la base de la moitié du dernier traitement mensuel de base perçu ou de la dernière indemnité mensuelle perçue.

4. Lorsque deux conjoints ou partenaires reconnus sont tous deux affiliés au présent régime, ils ont de commun accord la faculté d'opter pour le cumul des parties non remboursées de leurs frais de maladie sous réserve:

- que celui-ci se fasse dans le chef du conjoint ou partenaire affilié ayant le revenu statutaire de base le plus élevé;

- que l'autre conjoint ou partenaire renonce à l'introduction séparée d'une demande de remboursement spécial;
 - que la période de douze mois prise en considération soit la même pour les deux conjoints ou partenaires.
5. La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise:
- soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'intéressé, sur la base d'un avis du Bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le Comité de Gestion après consultation du conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;
 - soit par le Bureau liquidateur, sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

Article 25

Indemnité forfaitaire pour frais funéraires

Les personnes suivantes bénéficient d'une indemnité forfaitaire pour frais funéraires, dont le montant est fixé par les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation:

- a) en cas de décès d'une personne assurée de son chef ou dans le cas d'un enfant mort-né: l'affilié;
- b) en cas de décès de l'affilié: le conjoint, le partenaire reconnu, les enfants ou, à défaut, toute autre personne qui justifie du paiement des frais funéraires.

TITRE III

PROCÉDURES

Article 26

Enregistrement

1. Les bénéficiaires sont enregistrés, d'une part, auprès du Bureau central et, d'autre part, auprès d'un Bureau liquidateur.
2. Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel un Bureau liquidateur a été créé sont en principe enregistrés auprès de ce bureau.

Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel aucun Bureau liquidateur n'a été créé sont enregistrés auprès d'un Bureau liquidateur désigné par le Bureau central.

Article 27

Autorisation préalable

Lorsqu'en vertu de la présente Réglementation, le remboursement des frais ne peut être effectué qu'après autorisation préalable, la décision est prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination ou par le Bureau liquidateur désigné par celle-ci, selon la procédure suivante:

- a) la demande d'autorisation préalable, accompagnée d'une prescription et/ou d'un devis du dentiste ou du médecin traitant, est présentée par l'affilié au Bureau liquidateur qui, le cas échéant, en saisit le dentiste conseil ou le médecin conseil; dans ce cas, ce dernier transmet son avis au Bureau liquidateur dans un délai de deux semaines;

- b) le Bureau liquidateur statue sur la demande s'il a été désigné à cet effet ou transmet son avis et, le cas échéant, celui du dentiste conseil ou du médecin conseil à l'autorité investie du pouvoir de nomination pour décision. L'affilié est informé immédiatement de la décision;
- c) les demandes de remboursement de frais résultant de prestations soumises à autorisation ne seront pas prises en considération si l'autorisation n'a pas été demandée préalablement aux prestations. Une exception peut être faite dans les cas d'urgence médicalement justifiée et reconnue comme telle par le médecin conseil du Bureau liquidateur.

Article 28

Demande de remboursement

Les demandes sont introduites par les affiliés auprès des bureaux liquidateurs au moyen de formulaires unifiés accompagnés de pièces justificatives originales; dans le cas des demandes de remboursement complémentaire prévues à l'article 22, il y a obligatoirement lieu de joindre une copie de la facture originale acquittée accompagnée d'un relevé détaillé original des remboursements perçus au titre d'un autre régime.

Article 29

Divorce et rupture de partenariat

Sous réserve qu'il soit couvert par le présent régime, le conjoint divorcé ou le partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut introduire directement pour lui-même et, le cas échéant, pour les enfants dont il a la garde, les demandes d'autorisation préalable et de remboursement de frais, aux mêmes conditions que celles figurant aux articles 27 et 28.

Article 30

Avances

1. Des avances peuvent être octroyées aux affiliés pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées principalement sous la forme d'une prise en charge en cas d'hospitalisation.
2. Les avances sur frais médicaux sont récupérées, soit sur toute somme due à l'affilié au titre du présent régime, soit sur la rémunération ou la pension, soit sur toute somme due à l'affilié par son institution, soit sur la pension de survie suite au décès de l'affilié. Toutefois, le responsable du Bureau central, après avoir informé le comptable de la Commission, peut renoncer au recouvrement d'un solde "avance" en application de l'article 73 du Règlement financier:
 - soit si l'incidence financière en jeu est minime par rapport au coût administratif de l'opération,
 - soit en cas d'impossibilité de récupération, notamment à la suite du décès d'un affilié.
3. La régularisation de l'avance doit intervenir en principe au plus tard trois ans après la date d'octroi de l'avance.

Article 31

Subrogation

Lorsque la cause d'un accident ou d'une maladie est imputable à un tiers, les Communautés sont, dans la limite des obligations découlant pour elles de la présente Réglementation, subrogées de plein droit à la victime ou à ses ayants droit dans leurs actions contre le tiers responsable, conformément à l'article 85 bis du Statut.

Article 32

Déchéance

1. Sauf en cas de force majeure dûment établi, l'affilié est déchu de son droit aux prestations lorsqu'il n'a pas demandé le remboursement des frais exposés pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef dans la période de dix-huit mois qui suit la date des prestations.
2. Les demandes de remboursement spécial visé à l'article 24 sont à introduire dans un délai de douze mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation comprise dans la période de douze mois considérée.

Article 33

Répétition de l'indu

En application de l'article 85 du Statut, toute somme indûment perçue donne lieu à répétition si le bénéficiaire a eu connaissance de l'irrégularité du versement ou si celle-ci était si évidente qu'il ne pouvait manquer d'en avoir connaissance.

Article 34

Fraude

Sans préjudice de l'article 33, l'affilié ou le bénéficiaire qui a obtenu ou tenté d'obtenir frauduleusement le remboursement de prestations pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef est déchu automatiquement du droit au remboursement de ces prestations et s'expose à des sanctions disciplinaires.

Article 35

Voies de recours

1. Toute personne visée à la présente réglementation dispose des voies de recours prévues au titre VII du Statut.
2. Avant de prendre une décision sur une réclamation introduite sur la base de l'article 90, paragraphe 2, du Statut, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration doit demander l'avis du Comité de Gestion.

Celui-ci peut charger son président de prendre les mesures permettant d'obtenir un complément d'informations. Lorsque le conflit est d'ordre médical, le Comité de Gestion, peut, avant de se prononcer, demander l'avis d'un médecin expert. Les frais d'expertise sont à charge du régime commun.

Le Comité de Gestion doit se prononcer dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande d'avis. Cet avis est transmis simultanément à l'autorité et à l'intéressé.

À défaut d'avis du Comité de Gestion dans ce délai, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration peut arrêter sa décision.

TROISIÈME PARTIE

ORGANISATION DU RÉGIME

TITRE I

PRINCIPES

Article 36

Organes

Le fonctionnement du présent régime est assuré par un Comité de Gestion, un Bureau central, des bureaux liquidateurs et un conseil médical.

Article 37

Secret médical

Les agents affectés aux Bureaux liquidateurs et au Bureau central, les Membres du Comité de gestion et toute personne participant aux réunions du Comité de gestion sont astreints au secret médical quant aux informations et/ou pièces dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ils restent soumis à cette obligation après avoir cessé leurs fonctions auprès desdits bureaux ou au sein du Comité de Gestion.

TITRE II

FONCTIONNEMENT DES ORGANES

Article 38

Comité de Gestion

1. Le Comité de Gestion est composé des membres titulaires suivants:
 - quatre représentants de la Commission désignés par l'autorité investie du pouvoir de nomination,
 - un représentant de chacune des autres institutions désigné par l'autorité investie du pouvoir de nomination concernée,
 - un représentant des agences communautaires désigné d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination concernées,
 - quatre représentants du personnel de la Commission désignés par le comité central du personnel de cette institution,
 - un représentant du personnel de chacune des autres institutions désigné par le comité du personnel concerné,
 - un représentant du personnel des agences communautaires désigné d'un commun accord par les comités du personnel concernés.

2. Sont également désignés des membres suppléants dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 1.
3. Les mandats des membres titulaires et des membres suppléants couvrent une période de deux ans. Ils sont renouvelables.
4. Chaque membre titulaire, ou en son absence le membre suppléant, a voix délibérative.
5. Le Comité de Gestion arrête son règlement intérieur à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative.

Le règlement intérieur prévoit notamment les modalités relatives à:

- l'élection du président,
- l'organisation, la convocation et la périodicité des réunions,
- la désignation éventuelle d'un comité préparatoire des réunions,
- la désignation des personnes qui peuvent participer aux réunions du Comité sans voix délibérative,
- les règles régissant ses délibérations et l'émission de ses avis.

6. Le Comité de Gestion est chargé:

- a) de veiller à l'application uniforme de la présente Réglementation et d'adresser aux institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- b) d'examiner la situation financière du présent régime et d'adresser aux institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- c) d'établir un rapport annuel détaillé sur la situation financière du présent régime et de le transmettre avant le 1^{er} juillet aux institutions et à leurs comités du personnel;
- d) le cas échéant, de proposer ou de recommander à la Commission l'adoption ou la modification des dispositions générales d'exécution de la présente Réglementation et toute mesure nécessaire au bon fonctionnement du présent régime ainsi que de présenter des propositions quant au montant du fonds de roulement nécessaire au fonctionnement du régime;
- e) de donner des avis dans les cas visés par la présente Réglementation;
- f) le cas échéant, d'émettre son avis sur toute question relevant, directement ou indirectement, de l'application des dispositions statutaires en matière de couverture des risques de maladie;
- g) d'émettre son avis sur le niveau des contributions et prestations prévues, notamment en cas de variation sensible des coûts des soins médicaux.

7. Les travaux du Comité de Gestion sont secrets.

Article 39

Bureau central

1. Le Bureau central est rattaché à la Commission.
2. Il est chargé:
 - a) de coordonner et de contrôler les travaux assurés par les bureaux liquidateurs;
 - b) de veiller à l'application uniforme des règles de liquidation des prestations;
 - c) d'assurer le secrétariat du Comité de Gestion;
 - d) de procéder à toute étude statistique ou analyse nécessaire au bon fonctionnement du présent régime, afin de permettre au Comité de Gestion d'avoir une vue précise de l'importance, de la répartition et de l'évolution des risques couverts et d'émettre l'avis prévu à l'article 38, paragraphe 6, point g);
 - e) en liaison avec les Bureaux liquidateurs, de négocier, dans la mesure du possible, avec les représentants du corps médical et/ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux bénéficiaires, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier;
 - f) de négocier, dans la mesure du possible, avec les régimes primaires des États membres, des accords généraux visant à simplifier les procédures applicables aux bénéficiaires du présent régime.

Article 40

Bureaux liquidateurs

1. Les Bureaux liquidateurs sont créés ou supprimés par la Commission, là où elle le juge nécessaire, notamment eu égard aux lieux d'affectation des fonctionnaires.
2. La création ou la suppression d'un Bureau liquidateur auprès d'une autre institution ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de celle-ci et après avis du Comité de Gestion.
3. Les agents des Bureaux liquidateurs exercent les attributions prévues par la présente Réglementation conformément aux directives et sous le contrôle du Chef du Bureau central.
4. Des médecins et dentistes conseils sont attachés à chaque Bureau liquidateur et chargés des tâches dévolues dans la présente Réglementation et ses dispositions générales d'exécution.

La fonction de médecin conseil attaché aux bureaux liquidateurs est incompatible avec celle de médecin conseil d'une institution.

5. Chaque Bureau liquidateur est chargé:
 - a) de recevoir et de liquider les demandes de remboursement des frais présentées par les affiliés enregistrés auprès de ce bureau et d'exécuter les paiements y afférents;
 - b) de demander, dans les cas prévus par la présente Réglementation ainsi que dans le cas où des questions de nature médicale se rapportant à la liquidation des prestations sont soulevées par le Comité de Gestion ou par le Bureau central, l'avis du médecin conseil qui peut, le cas échéant, recueillir l'avis du médecin conseil de l'institution concernée;

- c) d'instruire les dossiers de demandes d'autorisation préalable et d'y donner la suite appropriée;
- d) d'émettre les avis prévus à la présente Réglementation;
- e) d'assurer le secrétariat des médecins conseils.

Article 41

Conseil médical

Le Comité de Gestion est assisté d'un Conseil médical composé d'un médecin conseil par institution et des médecins conseils de chaque Bureau liquidateur.

Le Conseil médical peut être consulté par le Comité de Gestion ou le Bureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du présent régime. Il se réunit à la demande du Comité de Gestion ou du Bureau central ou à la demande d'un des médecins conseils des bureaux liquidateurs et émet son avis dans le délai qui lui est indiqué.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

TITRE I

GESTION

Article 42

Contributions

Les institutions et les organismes à vocation communautaire concernés versent chaque mois, sur les comptes du Régime commun d'assurance maladie, au plus tard huit jours après le paiement des rémunérations, indemnités et allocations assujetties à la contribution au présent régime, leurs propres contributions ainsi que celles des affiliés.

Article 43

Ordonnancement et contrôle

1. L'exécution des recettes et des dépenses du Régime commun d'assurance maladie s'effectue, par analogie, en conformité avec les dispositions prévues dans le Règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes et en particulier son article 60.
2. Les recettes et les paiements ordonnancés par les Bureaux liquidateurs et le Bureau central font l'objet d'une vérification ex ante par des agents distincts de l'agent ayant initié l'opération.

3. Le Bureau central procède ou fait procéder à des contrôles ex post en vue de
 - s'assurer de la légalité et de la régularité des opérations effectuées par les Bureaux liquidateurs et du respect des principes de bonne gestion financière,
 - s'assurer, le cas échéant en collaboration avec les auditeurs internes des institutions, de la correspondance entre les contributions versées par les institutions et les recettes encaissées à ce titre par le RCAM;
4. Le Bureau central informe le Comité de Gestion sur les dispositifs de contrôle interne et sur les résultats des contrôles effectués.

TITRE II

COMPTABILITÉ

Article 44

Structure comptable

1. La Commission établit, à l'initiative de son comptable, une comptabilité distincte hors budget pour suivre les opérations relatives au régime.
2. À cette fin, après avis du Comité de Gestion, le comptable de la Commission arrête un plan comptable permettant la ventilation des opérations selon leur nature et leur origine et faisant une distinction entre l'ensemble des institutions communautaires et les différents organismes à vocation communautaire.

Ce plan comptable établit une distinction entre comptes de résultat et comptes de bilan.

3. L'exercice est divisé en douze périodes comptables correspondant aux douze mois de l'année civile.

Article 45

Documents comptables

1. Toute opération relative au régime est inscrite dans un "journal".
2. À la fin de chaque période comptable sont édités par le comptable de la Commission:
 - un "extrait de compte" reprenant chronologiquement l'ensemble des opérations relatives à chaque compte mouvementé avec l'indication du solde de début et de fin de période,
 - des "listes par agent" mentionnant chronologiquement pour chaque compte "avance" et chaque affilié le montant des opérations non encore régularisées à la fin de la période comptable,
 - une "balance générale des comptes".
3. Après la clôture du premier semestre sont édités par le comptable de la Commission, au regard des dispositions de l'article 44, paragraphe 2:
 - un "compte de résultat" présentant l'ensemble des charges et produits du semestre écoulé,

- un "bilan intercalaire" mentionnant séparément le résultat relatif à l'exercice en cours et le cumul des résultats relatifs aux exercices antérieurs et portés en réserve.

Les états semestriels sont transmis par la Commission au Comité de Gestion, à l'auditeur interne de la Commission ainsi qu'aux institutions au plus tard six semaines après la fin du premier semestre.

4. Après la clôture de chaque exercice sont édités par le comptable de la Commission, au regard des dispositions de l'article 44, paragraphe 2:

- un "compte de résultat" présentant l'ensemble des charges et produits de l'exercice;
- un "bilan" mentionnant séparément le résultat relatif à l'exercice clôturé et le cumul des résultats relatifs aux exercices antérieurs et portés en réserve.

Outre les documents précités, le comptable peut être amené à éditer tout autre document comptable exigé par le Comité de Gestion.

5. Ces états financiers annuels font l'objet d'une procédure de certification des comptes comme établi dans les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation.

6. L'ensemble des états financiers annuels accompagnés de la note de certification, est transmis par la Commission au Comité de Gestion, ainsi qu'aux autres institutions au plus tard le 1^{er} mai de l'exercice suivant.

TITRE III

INFORMATION FINANCIÈRE ET ÉQUILIBRE FINANCIER DU RÉGIME

CHAPITRE 1

INFORMATION FINANCIÈRE

Article 46

Compte de gestion

Au plus tard pour le 1^{er} mai de chaque exercice, la Commission fournit au Comité de Gestion, à l'auditeur interne de la Commission ainsi qu'aux autres institutions un "compte de gestion" comprenant:

- un tableau synthétique de l'évolution du résultat de l'ensemble du régime sur les cinq derniers exercices, assorti d'une prévision pour l'exercice suivant,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des charges,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des recettes,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des charges et recettes moyennes par affilié.

Article 47

Analyse financière

Au terme de chaque exercice, le Bureau central établit, sous sa responsabilité, une analyse financière de la situation du Régime. Ce document est transmis au Comité de Gestion au plus tard le 1^{er} mai de l'exercice suivant.

Sur la base de cette analyse financière et de l'ensemble des états annuels visés aux articles 45 et 46, le Comité de Gestion établit le rapport annuel visé à l'article 38, paragraphe 6, point c).

Article 48

Gestion financière

Les Chefs d'Administration, chacun au nom de l'institution qu'il représente, sur la base des documents annuels visés aux articles 45, 46 et 47 accompagnés des observations éventuelles de l'auditeur ayant procédé à la certification des comptes et du comptable de la Commission, et sur la base du rapport du Comité de Gestion visé à l'article 38, paragraphe 6, point c), prennent acte de la bonne gestion administrative effectuée par le responsable du Bureau central, dans un délai de deux ans après dépôt des états financiers annuels et du compte de gestion.

CHAPITRE 2

ÉQUILIBRE FINANCIER DU RÉGIME

Article 49

Équilibre financier

L'objectif financier du régime est d'assurer un équilibre, sur une base périodique, entre les dépenses et les recettes découlant de l'application du Régime.

Article 50

Déficit

1. Lorsque la situation comptable fait apparaître un déficit mettant en cause l'équilibre financier du Régime, ce déficit est couvert par les réserves visées à l'article 51.
2. Dès l'apparition d'un déficit structurel ou si l'évolution de la situation financière du régime laisse présager l'apparition d'un tel déficit, le Comité de Gestion saisit d'urgence les institutions, qui, après avis du comité du Statut, décident des mesures à prendre pour rétablir l'équilibre financier.

Article 51

Réserves

1. Lorsque la situation comptable fait apparaître un excédent, celui ci est inscrit au passif du bilan du régime dans un compte intitulé "Résultats mis en réserve".

2. La Commission, après avis du Comité de Gestion, place les réserves aux meilleures conditions, en tenant compte des besoins du Régime en ce qui concerne son fonds de roulement. Le Bureau central informe régulièrement les autres institutions ainsi que le Comité de Gestion du montant des sommes ainsi placées et des modalités de placement sur la base d'un rapport annuel de gestion établi par le service de la Commission en charge de la gestion de ces placements.

Les intérêts des placements constituent des recettes du régime au titre de l'exercice de leur placement.

3. Les réserves servent en premier lieu à couvrir les déficits qui peuvent survenir. Les institutions examinent périodiquement, après avis du Comité de Gestion et du Comité du Statut, l'opportunité, compte tenu notamment de l'évolution démographique des bénéficiaires, soit d'utiliser les réserves à couvrir un accroissement éventuel des risques, soit de modifier les dispositions de la présente réglementation.

Les règles régissant le remboursement des frais fixées dans les dispositions générales d'exécution peuvent également être modifiées en fonction de l'évolution de l'équilibre financier du régime selon les modalités prévues à l'article 52.

CINQUIÈME PARTIE

DISPOSITIONS FINALES

Article 52

Fixation et mise à jour des règles régissant le remboursement des frais

1. En vertu de l'article 72 paragraphe 1, troisième alinéa, du Statut, les institutions délèguent à la Commission la compétence pour fixer, par des dispositions générales d'exécution, les règles régissant le remboursement des frais dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du Statut.
2. Les dispositions générales d'exécution sont établies après avis du Comité de Gestion et consultation du Comité du Statut.

Article 53

Révision

1. La présente Réglementation peut être révisée, dans les conditions prévues à l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du Statut, sur proposition d'une institution, d'un comité du personnel ou du Comité de Gestion.
2. Toute proposition de révision de la Réglementation fait l'objet d'un avis du Comité de Gestion.

Article 54

Abrogation

La Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu le 20 janvier 1999, à l'exception de ses annexes, est abrogée.

Les annexes de la Réglementation modifiée en dernier lieu le 20 janvier 1999 sont abrogées dès l'entrée en vigueur des dispositions générales d'exécution adoptées par la Commission.

À titre transitoire, dans l'attente de l'adoption de ces dispositions, toute référence aux "dispositions générales d'exécution" dans la présente Réglementation doit être comprise comme visant les annexes de la Réglementation mentionnée à l'alinéa précédent.

Article 55

Entrée en vigueur

La présente Réglementation entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le commun accord des institutions prévu à l'article 72 paragraphe 1, premier alinéa, du Statut a été constaté par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes.

Elle prend effet le jour dudit commun accord.
