

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS



Guide n° 1 — Luxembourg

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant au Luxembourg avec leur famille**

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant au Luxembourg avec leur famille**

Guide n° 1 — Luxembourg

SOMMAIRE

	Pages
I. Introduction - Généralités - Organismes compétents	7
A. Introduction	7
B. Généralités	8
C. Organismes compétents	10
II. Assurance maladie	11
A. Bénéficiaires et ayants droit	11
B. Conditions d'octroi	12
C. Prestations et formalités à remplir	13
1. <i>Prestations aux assurés</i>	13
a) Prestations en nature	13
b) Indemnités pécuniaires journalières	14
2. <i>Prestations aux membres de la famille</i>	16

	Pages
3. <i>Formalités à remplir</i>	16
a) Prestations en nature	16
b) Indemnités pécuniaires journalières	17
III. Assurance maternité	18
A. Bénéficiaires et ayants droit	18
B. Conditions d'octroi	19
a) Assurées	19
b) Epouses	19
C. Prestations et formalités à remplir	19
IV. Assurance décès	21
A. Bénéficiaires	21
B. Conditions d'octroi	21
C. Prestations et formalités à remplir	21
V. Assurance facultative	22
VI. Cotisations	23
VII. Litiges - recours	24

I. INTRODUCTION - GENERALITES - ORGANISMES COMPETENTS

A. Introduction

Le présent guide constitue un résumé des dispositions de la législation luxembourgeoise et des dispositions des règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, applicables sur le territoire du grand-duché de Luxembourg, en matière d'assurance maladie, maternité, décès (indemnité funéraire).

Il est destiné aux travailleurs :

— *ressortissants de l'un des Etats de la Communauté économique européenne*: Belgique, république fédérale d'Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas;

— *apatrides ou réfugiés*

qui viennent occuper un emploi salarié sur le territoire du grand-duché de Luxembourg et y résider.

Il ne concerne pas :

— les gens de mer, bateliers rhénans ou travailleurs des transports internationaux qui bénéficient de régimes particuliers;

— les travailleurs frontaliers, saisonniers ou détachés pour lesquels, il existe des dispositions spéciales (pour les travailleurs détachés voir Guide n° 4, *Détachement*).

B. Généralités

1. Toute personne occupée en qualité de salarié, quelle que soit sa nationalité, est traitée au regard de la législation luxembourgeoise comme s'il s'agissait d'un ressortissant luxembourgeois se trouvant dans les mêmes conditions.

L'assurance maladie-maternité des travailleurs, à l'exception des apprentis, est subordonnée à la condition qu'ils soient occupés moyennant rémunération en espèces ou en nature et que l'occupation rémunérée constitue leur profession principale.

L'occupation de bénéficiaires de pensions accordées pour cause d'invalidité ou de vieillesse ne donne pas lieu à assurance; cette disposition n'est cependant pas applicable dans l'assurance maladie des employés.

Les employeurs sont tenus de déclarer, au plus tard le huitième jour à dater du début de l'occupation, tout travailleur soumis à l'assurance obligatoire qu'ils occupent. Ils devront également déclarer dans les 8 jours tout changement de la nature de l'occupation qui exerce une influence sur l'obligation ou les modalités de l'assurance, de même que la cessation de l'occupation.

Ces déclarations sont à faire au bureau de la caisse de maladie compétente.

2. Le bénéfice de l'assurance s'étend aux membres de la famille cités ci-après, à condition qu'ils fassent partie du ménage de l'assuré dans le grand-duché de Luxem-

bourg et qu'ils ne soient pas assurés personnellement contre les mêmes risques :

1. l'épouse de l'assuré ou le conjoint qui, par suite d'infirmités, est à la charge de la femme assurée;

2. à défaut d'une épouse ayant droit aux prestations, la mère, la grand-mère ou la belle-mère, la sœur ou la belle-sœur ou la fille, même majeure, qui tient le ménage de l'assuré ou de l'assurée et qui est à sa charge;

3. les enfants bénéficiaires d'allocations familiales légales (celles-ci sont accordées, en général, jusqu'à l'âge de 19 ans révolus).

L'assurance s'étend jusqu'à l'âge de 23 ans révolus si l'enfant poursuit des études moyennes, universitaires ou professionnelles.

Par voie statutaire, certaines caisses dispensent de l'une ou de l'autre des conditions ci-dessus et étendent le bénéfice des secours de famille à d'autres proches parents de l'assuré pourvu qu'ils soient entièrement ou en majeure partie à sa charge, fassent partie de son ménage dans le Grand-Duché et ne soient pas assurés personnellement contre les mêmes risques. Il s'agit notamment des parents, grands-parents et beaux-parents.

Il y a donc lieu de se renseigner dans chaque cas spécial auprès de la caisse de maladie compétente.

REMARQUE

Les indications données dans le présent guide concernent le cas où les membres de la famille résident avec

l'assuré au grand-duché de Luxembourg. Si les membres de la famille continuent à résider dans l'un des autres pays de la Communauté économique européenne énumérés ci-dessus, il y a lieu de consulter le guide n° 5 établi pour ce pays.

Avant tout départ pour l'étranger, il y a lieu de se renseigner auprès de l'organisme où l'assuré est inscrit.

C. Organismes compétents

L'assurance maladie-maternité est faite par:

- a) les caisses régionales de maladie,
- b) les caisses d'entreprises de maladie.

Les caisses régionales sont au nombre de trois, soit:

1. la caisse régionale de maladie de Diekirch avec ses agences à Clervaux, Redange-sur-Addert et Wiltz;
2. la caisse régionale de maladie de Grevenmacher avec ses agences à Echternach et Remich;
3. la caisse régionale de maladie de Luxembourg avec ses agences à Bettembourg, Capellen, Differdange, Dudelange, Esch-sur-Alzette, Larochette, Mersch, Pétange, Rumelange et Steinfort.

Sont assurés auprès des caisses régionales les ouvriers occupés dans leur ressort lorsqu'ils ne sont pas membres d'une caisse d'entreprise.

Est considéré en général comme lieu d'occupation, pour la détermination de la compétence des différentes caisses, l'endroit où l'occupation s'exerce effectivement. Pour les travailleurs qui sont occupés à un emplacement fixe (ate-

lier, chantier, exploitation, service), cet emplacement est considéré comme lieu de l'occupation, même lorsqu'ils en sont détachés passagèrement par leur employeur. Pour les travailleurs qui n'ont été embauchés que pour des travaux déterminés hors du siège de l'entreprise, l'endroit où ils sont occupés effectivement est considéré comme lieu de l'occupation, à moins qu'ils ne résident habituellement dans le ressort du siège.

Les employés privés (employés du secteur privé) sont affiliés à la caisse de maladie des employés privés, dont le siège est à Luxembourg.

Les travailleurs occupés dans les entreprises:

— S.A. Arbed Dommeldange, Dudelange, Belval, Mines et Usines,

— S.A. Hadir Differdange et

— S.A. Minière et Métallurgique de Rodange

sont affiliés auprès des caisses d'entreprise de maladie instituées par ces entreprises.

Dans tous les cas, la caisse de maladie auprès de laquelle le chef de ménage est affilié est compétente pour l'assurance des membres de sa famille ayant droit aux secours de famille.

II. ASSURANCE MALADIE

A. Bénéficiaires et ayants droit

— *L'assuré lui-même* (voir sub I, B, 1) en ce qui concerne les prestations en nature et les indemnités pécuniaires journalières;

— *Les membres de sa famille* (voir sub I, B, 2) en ce qui concerne les prestations en nature.

B. Conditions d'octroi

Le droit aux prestations commence le jour de l'affiliation. Les statuts de certaines caisses prévoient cependant un stage de six mois pour l'acquisition du droit aux avantages statutaires supplémentaires, notamment aux contributions pour les prothèses dentaires, les couronnes et les dents à pivot.

Pour les travailleurs qui, avant de travailler au Luxembourg, ont été assurés dans un des cinq autres pays de la Communauté économique européenne (Belgique, république fédérale d'Allemagne, France, Italie, Pays-Bas), les règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants prévoient que les périodes d'assurance accomplies dans ces pays peuvent être prises en considération pour l'ouverture du droit aux prestations, à condition que l'interruption entre les deux affiliations ne soit pas supérieure à un mois.

Le droit aux prestations prend fin avec la cessation de l'affiliation, sauf dispositions spéciales.

L'action en obtention des prestations se prescrit par deux ans à partir de l'ouverture du droit, sans préjudice des déchéances pouvant résulter des dispositions d'ordre des caisses.

Les indemnités pécuniaires journalières sont refusées, en tout ou en partie, lorsque les assurés se sont attirés une

maladie intentionnellement ou par participation et provocation coupables à des rixes ou à des bagarres, pour la durée de cette maladie.

Les prestations de maladie et de maternité sont suspendues pour les ayants droit qui se rendent à l'étranger sans le consentement de la caisse de maladie compétente.

C. Prestations et formalités à remplir

1. Prestations aux assurés

a) Prestations en nature

Les prestations suivantes sont accordées en cas de maladie:

1. L'assistance médicale qui comprend les soins médicaux, les médicaments et, dans les limites statutaires, tous autres moyens curatifs, adjuvants et thérapeutiques ainsi que l'assistance aux convalescents, les moyens nécessaires pour prévenir les déformations et mutilations, des contributions pour les prothèses dentaires, les couronnes et les dents à pivot, les frais de voyage et de transport auxquels donnent lieu l'assistance et la surveillance médicales.

Ne donnent pas lieu à remboursement: les médicaments diététiques, les produits de régime, les eaux minérales, les vins, à l'exception des vins inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques, les élixirs, à l'exception des élixirs contenant des substances vénéneuses, les dentifrices et produits de beauté, même lorsqu'ils contiennent des substances de nature médicamenteuse, les spécialités

qui font l'objet de publicité auprès du public et les médicaments dont la teneur en principes actifs est reconnue insuffisante par l'autorité compétente instituée à cet effet.

L'assistance médicale s'étend, dans les conditions à prévoir par les statuts des caisses, aux mesures de diagnostic et de physiothérapie et aux soins des auxiliaires médicaux.

Ces prestations sont accordées dès le début de la maladie sans limitation de durée, tant que subsiste l'affiliation.

Les taux de remboursement varient suivant les caisses de maladie; les ayants droit devront donc s'adresser à leur caisse d'affiliation pour tous renseignements supplémentaires.

2. Le transport, le traitement et l'entretien dans un hôpital si la nature de la maladie l'exige.

En principe, cette prestation cesse d'être à la charge de la caisse au plus tard le jour où aurait expiré le droit à l'indemnité pécuniaire (voir sub b) ci-dessous).

Le taux et la durée d'intervention variant cependant d'après les dispositions statutaires des différentes caisses, les ayants droit devront s'adresser à leur caisse d'affiliation pour tous renseignements supplémentaires.

b) Indemnités pécuniaires journalières

Lorsque la maladie entraîne l'incapacité de travail de l'assuré, celui-ci a droit à une indemnité pécuniaire journalière.

Cette indemnité est calculée pour chaque assuré d'après le salaire moyen par journée civile, qui ne peut dépasser un maximum à fixer par règlement d'administration publique (à partir du 1^{er} octobre 1959, 320 F par journée civile). Elle s'élève, par mesure statutaire, actuellement à 70% de ce salaire moyen de l'assuré.

Elle court à partir du troisième jour plein de l'incapacité de travail (dans certaines caisses et dans certaines conditions à partir du premier jour plein) et elle est accordée par journée civile pour une période de 26 semaines au plus, même si une nouvelle maladie survient pendant cette période. Si l'incapacité de travail prend fin un dimanche ou un jour férié, l'indemnité pécuniaire est due pour ce jour.

Pour les employés privés, l'indemnité s'élève à un soixantième de la dernière rémunération mensuelle cotisable; elle court au plus pendant les 26 semaines qui suivent le début de l'incapacité de travail.

L'indemnité pécuniaire n'est pas payée en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération au cours d'une incapacité de travail.

Il n'y a pas lieu à octroi de l'indemnité pécuniaire tant qu'est accordé l'entretien à l'hôpital, sauf pour le jour de l'entrée à l'hôpital et le jour de la sortie.

Cependant, si en ce cas l'assuré hospitalisé a une famille qu'il entretenait entièrement ou d'une façon appréciable, les membres de cette famille bénéficieront d'une allocation ménagère variant, suivant les caisses et le nombre d'enfants à charge, de 50 à 70% du montant du salaire

moyen de l'assuré (voir ci-dessus); si l'assuré hospitalisé n'a pas droit à l'allocation ménagère, il lui est accordé un pécule journalier variant, suivant les caisses, de 17,5 à 25% du même salaire moyen.

Conformément à l'article 18, paragraphe 2 du règlement n° 3 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, le nombre des membres de la famille résidant sur le territoire d'un autre Etat membre est également pris en compte pour la fixation de l'allocation ménagère.

2. Prestations aux membres de la famille

Voir ci-dessus sub II, C, 1, a): *Prestations en nature*.

3. Formalités à remplir

a) Prestations en nature

Les ayants droit ont le droit de s'adresser au médecin, médecin-dentiste, pharmacien, auxiliaire médical, à l'hôpital et à la sage-femme de leur choix, à condition que ceux-ci soient admis à l'exercice de l'art de guérir dans le Grand-Duché.

Ils présenteront, lors des consultations et visites médicales, soit une carte de légitimation établie par la caisse de maladie attestant leur qualité d'ayant droit, soit un certificat de travail établi par l'employeur de l'assuré.

En principe, il appartient au malade de régler les honoraires médicaux, etc. et de s'adresser à sa caisse pour en obtenir le remboursement, compte tenu des taux statutaires de remboursement et du montant de la participation personnelle à charge de l'ayant droit.

Les frais d'hospitalisation, d'interventions chirurgicales et de pharmacie sont réglés directement par les caisses de maladie aux fournisseurs dans les limites des taux statutaires de remboursement; les ayants droit n'ont à déboursier que les montants dépassant la prise en charge de la caisse. Cette disposition ne s'applique pas aux caisses de maladie des employés privés qui procèdent dans tous les cas par remboursement sur présentation des quittances des frais de traitement effectivement exposés.

Certaines prestations sont soumises à l'autorisation préalable de la caisse de maladie compétente, notamment:

- l'hospitalisation et les interventions à l'hôpital,
- l'examen et le traitement radiologiques,
- l'examen et le traitement électro-hydro-mécano-thermo-thérapeutiques,
- tout traitement balnéaire et climatique,
- l'admission dans une maison de repos ou de convalescence,
- la consultation de deux ou de plusieurs médecins,
- le changement du médecin au cours d'une même maladie,
- le traitement à l'étranger,
- la fourniture de certains médicaments,
- certains examens de laboratoire, examens cliniques et dosages d'hormones.

b) Indemnités pécuniaires journalières

En cas d'incapacité de travail, l'assuré doit présenter le certificat médical y relatif sans retard, mais au moins

dans les trois jours qui suivent le début de l'incapacité de travail à la caisse de maladie compétente, l'indemnité pécuniaire étant suspendue tant que l'incapacité de travail n'aura pas été déclarée à cette caisse.

L'indemnité pécuniaire de maladie est refusée lorsque les assurés se soustraient aux mesures de surveillance prescrites par les caisses.

Peut être puni d'une amende, à concurrence de trois fois le montant de l'indemnité pécuniaire journalière de maladie, tout assuré qui a contrevenu au règlement concernant les malades ou aux prescriptions du médecin traitant.

Si l'assuré ou les membres de sa famille peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, ils doivent en informer la caisse de maladie compétente, car ce droit passe à la caisse de maladie jusqu'à concurrence de ses prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par la caisse.

III. ASSURANCE MATERNITE

A. Bénéficiaires et ayants droit

- L'assurée elle-même;
- L'épouse de l'assuré à condition qu'elle fasse partie du ménage de l'assuré dans le grand-duché de Luxembourg et qu'elle ne bénéficie pas personnellement d'une assurance de même nature.

B. Conditions d'octroi

a) Assurées

Pour pouvoir bénéficier des prestations de maternité, les assurées doivent être affiliées à une ou plusieurs caisses de maladie pendant 10 mois au moins dans les 24 mois avant l'accouchement, dont 6 mois au moins dans l'année immédiatement antérieure.

Le droit aux prestations est maintenu, nonobstant la cessation de l'affiliation dans les dix semaines précédant l'accouchement.

b) Epouses

L'épouse de l'assuré (voir ci-dessus sub A) a droit aux prestations de maternité, si l'assuré a été affilié à une ou plusieurs caisses de maladie pendant 10 mois dans les 24 mois avant l'accouchement, dont 6 mois au moins dans l'année immédiatement antérieure.

En cas de décès du mari assuré, la veuve bénéficiera des prestations de maternité à condition que le mari ait rempli les conditions d'affiliation ci-dessus lors de son décès et que l'accouchement ait lieu dans les 10 mois.

C. Prestations et formalités à remplir

Les prestations de maternité sont les suivantes :

1. Lors de l'accouchement, les *soins d'une sage-femme* et, au besoin, *l'assistance médicale, les fournitures pharmaceutiques* et le *séjour dans une maternité ou clinique*;

2. Une allocation pécuniaire d'allaitement pendant la durée de 12 semaines après l'accouchement (cette disposition ne concerne pas les caisses de maladie des employés privés). Le montant en est fixé par les statuts de chaque caisse.

La plupart des caisses de maladie ont fixé une subvention forfaitaire pour couvrir les prestations prévues sub 1. et 2. ci-dessus.

Les assurées touchent une indemnité pécuniaire de maternité égale à l'indemnité pécuniaire de maladie (voir sub II, C, 1, b), durant 6 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement; cette indemnité n'est pas payée en cas de continuation du travail ou de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération pendant la période indiquée.

Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité ne peuvent être cumulées.

Les formalités à remplir sont, en principe, celles indiquées ci-dessus sub II, C, 3. L'acte de naissance du nouveau-né est à produire lors de la demande en remboursement des frais d'accouchement.

Pour ouvrir droit aux indemnités pécuniaires de maternité en cas de cessation du travail pendant les six semaines avant l'accouchement, l'assurée doit présenter à la caisse de maladie compétente un certificat médical renseignant sur la date probable de l'accouchement.

IV. ASSURANCE - DECES

A. Bénéficiaires

Une indemnité funéraire est payée en cas de décès d'un assuré.

Les statuts des caisses de maladie peuvent accorder une indemnité en cas de décès d'un des membres de la famille visés ci-dessus sub I, B, 2.

L'indemnité funéraire est payée à celui qui s'est chargé des funérailles.

B. Conditions d'octroi

Le droit à l'indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré est ouvert dès le jour de l'affiliation.

Les statuts peuvent prévoir un stage de 6 mois pour l'acquisition du droit aux indemnités funéraires en cas de décès d'un membre de la famille.

C. Prestations et formalités à remplir

En cas de décès d'un assuré, il est alloué une indemnité funéraire dont le montant est, suivant la caisse, 25 ou 40 fois le montant du salaire moyen de l'assuré (voir ci-dessus II, C, 1, b).

Dans l'assurance maladie des employés privés, le montant de l'indemnité funéraire est fixé statutairement et varie donc suivant la caisse compétente.

Il en est de même dans le régime ouvrier pour les indem-

nités funéraires à payer en cas de décès d'un membre de la famille de l'assuré.

Les indemnités funéraires sont payées jusqu'à concurrence des frais afférents à celui qui s'est chargé des funérailles, sur présentation de l'acte de décès et des quittances des frais exposés.

V. ASSURANCE FACULTATIVE

L'assuré qui perd la qualité de membre après avoir été affilié à une caisse de maladie pendant 26 semaines durant les 12 mois qui précèdent sa sortie peut continuer son affiliation auprès de la caisse de maladie à laquelle il appartenait en dernier lieu, tant qu'il réside habituellement dans le Grand-Duché et ne devient pas membre d'une autre caisse de maladie.

Celui qui désire rester membre d'une caisse devra en aviser celle-ci par écrit dans les trois semaines qui suivent la cessation de son affiliation.

En cas de décès d'un assuré, le conjoint survivant peut, s'il n'est pas soumis lui-même à l'assurance maladie obligatoire, continuer l'assurance dans les mêmes conditions et de la même manière que l'assuré. Il en sera pareillement de l'épouse autorisée à vivre séparément au cours d'une instance en divorce ou de séparation de corps et de l'épouse divorcée ou séparée de corps aux torts exclusifs du mari.

Les cotisations dues dans l'assurance facultative sont fixées par les statuts en tenant compte du coût moyen des prestations à fournir et des revenus des assurés.

VI. COTISATIONS

Le montant des cotisations est fixé en centièmes du salaire normal qui ne peut dépasser un maximum fixé par règlement d'administration publique.

Les travailleurs supportent deux tiers et leurs employeurs un tiers des cotisations.

Les employeurs versent la totalité des cotisations aux caisses compétentes aux échéances fixées par les statuts de ces caisses.

Aucune cotisation n'est due pendant la durée de l'allocation des indemnités pécuniaires en cas d'incapacité de travail et des indemnités pécuniaires de maternité.

Le plafond cotisable est fixé à partir du 1^{er} octobre 1959 à francs luxembourgeois 320.— par journée civile.

Les taux des cotisations appliqués actuellement sont les suivants:

a) Caisses régionales de maladie:

Travailleurs	4%
Employeurs	2%
	—
Total	6%

b) Caisses d'entreprise de maladie:

Travailleurs	3,6% à 4%
Employeurs	1,8% à 2%
	—
Total	5,4% à 6%

La cotisation de la caisse de maladie des employés privés est fixée à 3,9% (assurés 2,6%, employeurs 1,3%) de la rémunération effective, sans que la rémunération annuelle cotisable puisse dépasser $9\ 160 \times 12 = 109\ 920$ francs luxembourgeois ou être inférieure à $4\ 580 \times 12 = 54\ 960$ francs luxembourgeois.

VII. LITIGES - RECOURS

Toutes les contestations concernant l'affiliation, l'assujettissement, les cotisations et les prestations seront jugées par le Conseil arbitral des assurances sociales et, en appel, par le Conseil supérieur des assurances sociales.

Le recours doit être formé, sous peine de forclusion, dans le délai de 40 jours francs à dater de la notification de la décision du comité-directeur de la caisse de maladie compétente, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral. La requête sera présentée en double exemplaire. Elle peut être rédigée dans la langue du requérant.

AVIS TRES IMPORTANT

Le texte ci-dessus n'est pas un exposé complet des dispositions légales, réglementaires ou statutaires. Il ne reprend que des dispositions générales et l'on ne peut donc en tirer des conclusions définitives pour la solution de cas d'espèces.

Pour tous renseignements supplémentaires et spéciaux, il y a lieu de s'adresser à l'organisme assureur.

SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
8008*/1/III/1961/5