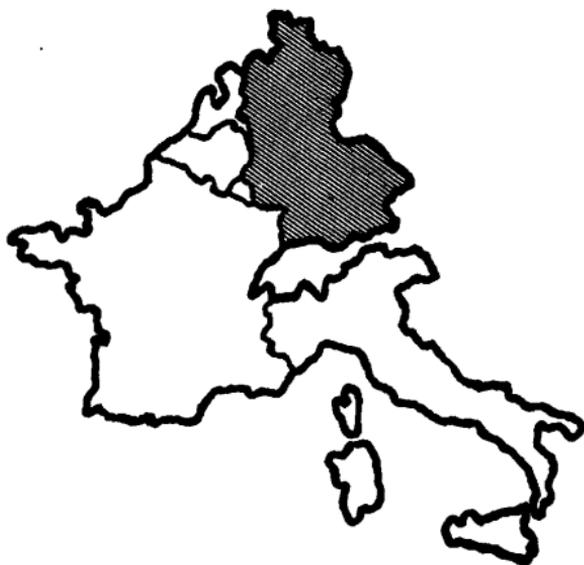


COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS



Guide n° 1 — Allemagne (R.F.)

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en Allemagne avec leur famille**

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

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

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en Allemagne avec leur famille**

Guide n° 1 — Allemagne (R.F.)

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|-------|
| I. Généralités | 7 |
| II. Maladie | 9 |
| A. Bénéficiaires | 9 |
| B. Conditions pour obtenir les prestations | 10 |
| C. Nature et importance des prestations; modalités de la demande | 10 |
| 1. <i>Prestations en nature</i> | 10 |
| a) Soins des médecins de médecine générale, des spécialistes ou des dentistes | 10 |
| b) Médicaments, soins paramédicaux et appareillages | 13 |
| c) Hospitalisation | 14 |
| 2. <i>Prestations en espèces</i> | 15 |
| a) Indemnité de maladie | 15 |
| b) Indemnité de ménage | 19 |

| | Pages |
|--|-------|
| III. Maternité | 19 |
| A. Bénéficiaires | 19 |
| B. Conditions pour obtenir les prestations | 20 |
| C. Nature et importance des prestations; modalités de la demande | 20 |
| 1. <i>Prestations en nature</i> | 21 |
| 2. <i>Prestations en espèces</i> | 21 |
| a) Indemnité pécuniaire de maternité | 21 |
| b) Indemnité d'allaitement | 23 |
| c) Indemnité unique pour frais d'accouchement | 23 |
| IV. Décès (indemnité funéraire) | 23 |
| A. Bénéficiaires | 23 |
| B. Conditions pour bénéficier de l'indemnité funéraire | 24 |
| C. Montant de l'indemnité funéraire, modalités de l'octroi | 24 |
| V. Assurance facultative continuée | 25 |
| VI. Cotisations | 26 |
| VII. Sanctions et recours | 27 |

I. GENERALITES

Le présent guide constitue un résumé des dispositions de la législation allemande et des dispositions des règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, applicables sur le territoire de la république fédérale d'Allemagne, 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 de la république fédérale d'Allemagne 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*).

Les travailleurs occupés contre rémunération dans la république fédérale d'Allemagne sont obligatoirement assurés, dès le début de leur occupation, auprès de la caisse de maladie compétente pour leur cas.

Sont seuls dispensés de l'assurance obligatoire les employés du secteur des mines dont la rémunération an-

nuelle régulière dépasse 7 920 DM et les employés qui exercent des fonctions de direction, lorsque leur rémunération annuelle dépasse 15 000 DM.

L'obligation d'assurance prend fin en même temps que l'occupation en qualité de travailleur.

L'inscription à la caisse de maladie est faite par les soins de l'employeur, de même que la notification de la fin d'assurance. Dans certaines conditions, l'assurance peut être continuée volontairement.

Il existe dans la république fédérale d'Allemagne différentes catégories de caisses de maladie: caisses locales générales (Allgemeine Ortskrankenkassen), caisses agricoles (Landkrankenkassen), caisses d'entreprises (Betriebskrankenkassen) ou de métiers (Innungskrankenkassen), caisses subsidiaires (Ersatzkassen), caisses pour mineurs (Knappschaften). Pour savoir de quelle caisse il dépend (nature de la caisse et adresse), le travailleur peut se renseigner auprès de son employeur.

C'est le statut de la caisse à laquelle le travailleur est inscrit qui détermine les membres de sa famille qui ont droit aux prestations. Sont comptés au nombre de ceux-ci, en tout état de cause, l'épouse et les enfants du travailleur dont celui-ci est tenu d'assurer l'entretien. Pour les enfants, la limite d'âge est fixée par le statut de la caisse. Lorsque des membres de la famille du travailleur sont eux-mêmes assurés contre la maladie, ils perdent le droit aux prestations résultant de la qualité de membre de la famille.

Lorsque les membres de la famille du travailleur ne résident pas dans la république fédérale d'Allemagne, mais dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne, ceux d'entre eux qui ont droit aux prestations sont déterminés par les dispositions applicables à la caisse de maladie dans le ressort de laquelle ils ont leur résidence. Dans ce cas, les prestations en nature sont accordées comme si le travailleur était affilié à la caisse compétente pour leur lieu de résidence.

Aussitôt après le début de son occupation, le travailleur doit, éventuellement par l'intermédiaire de son employeur, faire savoir à sa caisse allemande quels sont les membres de sa famille qui résident dans un des Etats mentionnés plus haut (joindre l'adresse). On trouvera de plus amples renseignements à ce sujet dans le Guide n° 5 du pays de résidence des membres de la famille.

Enfin, lorsque le travailleur — ou un membre de sa famille — séjourne temporairement ou transfère sa résidence dans un autre pays de la Communauté, des prestations peuvent éventuellement être accordées dans ce pays. Pour de plus amples détails voir le Guide n° 2, *Séjour temporaire* ou le Guide n° 3, *Transfert de résidence*.

II. MALADIE

A. Bénéficiaires

Ont droit à des prestations en cas de maladie, tous les assurés et les membres de leur famille (bénéficiaires).

B. Conditions pour obtenir les prestations

Le droit aux prestations existe dès le début de l'assurance. Il n'est pas nécessaire de justifier d'un certain temps d'assurance.

C. Nature et importance des prestations; modalités de la demande

1. Prestations en nature

a) Soins des médecins de médecine générale, des spécialistes ou des dentistes

Les bénéficiaires ont droit aux soins de santé nécessaires donnés par un médecin de médecine générale ou par un spécialiste, ainsi qu'aux soins dentaires donnés par un dentiste, pendant toute la durée de leur assurance, sans limitation de temps. Ces soins leur sont donnés *gratuitement*.

Lorsqu'on doit recourir aux soins d'un médecin de médecine générale, d'un spécialiste ou d'un dentiste, on doit, avant de s'adresser à lui, faire établir par sa caisse de maladie une *feuille de soins* « Krankenschein », aussi appelée « Kurschein » (dans les caisses pour mineurs) et la remettre au médecin avant le début du traitement.

Dans beaucoup de cas, la caisse de maladie autorise l'employeur à établir ces feuilles de soins pendant la durée du contrat de travail. Il y a donc lieu de tenir compte, le cas échéant, des indications données par l'em-

ployeur à ce sujet et, notamment, au sujet de l'endroit (par exemple le bureau des salaires) où on peut les obtenir.

Si, en cas d'urgence, on est dans l'impossibilité de remettre la feuille de soins au médecin au début du traitement, il y a lieu de lui signaler à quelle caisse de maladie on est affilié et que l'on sera soigné aux frais de la caisse. On doit lui faire parvenir la feuille de soins sans délai et, au plus tard, dans les 10 jours; sinon, le médecin est en droit de compter ses honoraires au patient au tarif des clients non assurés, sans remboursement de la part de la caisse.

La feuille de soins n'est valable que jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le traitement a pris cours. Si le traitement doit se prolonger au-delà de cette date, il y a lieu de réclamer une nouvelle feuille de soins.

La feuille de soins ne peut être cédée à autrui.

Les soins sont donnés par les *médecins* (y compris les spécialistes) et *dentistes agréés par la caisse*, « Kassenarzt » et « Kassenzahnarzt », entre lesquels l'intéressé doit faire son choix au début du traitement, puis, en cas de nécessité, au début de chaque trimestre civil. Une liste des médecins et dentistes agréés peut être consultée dans les locaux des caisses de maladie.

Certaines caisses pour mineurs ont à leur service un médecin (*Sprenghelarzt*), qui s'occupe des assurés d'une circonscription déterminée. Dans ce cas, le médecin compétent pour la circonscription indiquée sur la feuille de soins peut seul donner ses soins à l'intéressé. Chaque

semestre, à des dates déterminées, les assurés peuvent s'adresser à un médecin agréé autre que celui qui est compétent pour leur circonscription.

En cas d'urgence, s'il n'y a pas moyen d'atteindre un médecin ou un dentiste agréé, on peut, pour les premiers soins, s'adresser à un autre médecin ou dentiste, auquel on devra remettre une feuille de soins portant la mention « urgence » (Notfall) apposée par la caisse. Pour la suite du traitement, on devra s'adresser à un médecin ou à un dentiste agréé.

On ne peut changer de médecin dans le courant d'un trimestre civil (ou en dehors des dates fixées quand il s'agit d'une caisse pour mineurs pratiquant le système du médecin circonscriptionnaire) sans raison grave ou sans l'accord préalable de la caisse de maladie. Si, dans le courant d'une maladie, on doit recevoir les soins d'un autre médecin (spécialiste), on doit être envoyé chez celui-ci par le médecin auquel on s'est adressé précédemment et auquel on a remis sa feuille de soins.

Lorsqu'on doit s'adresser à un spécialiste étranger à la localité, les frais de voyage qui en résultent (deuxième classe en chemin de fer, autobus postal, etc.) sont remboursés par la caisse de maladie contre justification des frais (billets) et présentation d'une attestation médicale indiquant en détail les jours de traitement.

Tous les malades en état de se déplacer sont tenus de se rendre eux-mêmes au cabinet du médecin. Tant que le malade est en état d'incapacité de travail, il doit se rendre chez le médecin au moins toutes les semaines, à moins que le médecin ne vienne le voir. On ne peut

demander la visite du médecin au domicile du patient que si celui-ci n'est pas en état de se déplacer; on doit la demander avant 9 h. du matin. On ne peut demander la visite immédiate qu'en cas d'urgence. Il faut faire la preuve de cette nécessité; quand on a demandé la visite à domicile et que celle-ci est devenue inutile, on doit la décommander sans retard.

b) Médicaments, soins paramédicaux et appareillages

Les médicaments nécessaires au traitement sont prescrits par le médecin qui mentionne sur l'ordonnance le nom de l'assuré et la caisse de maladie à laquelle incombe le paiement. Les ordonnances ne doivent pas être approuvées par la caisse.

A moins que le médecin, dans des cas spéciaux, ne spécifie sur l'ordonnance que celle-ci est exempte de droit, il y a lieu d'acquitter chez le pharmacien un *droit de 0,50 DM par prescription*. Pour le reste, le pharmacien porte directement le prix des médicaments au compte de la caisse.

Lorsqu'on va chercher des médicaments à la pharmacie la nuit (de 20 h. à 7 h.) l'assuré doit acquitter le « droit de nuit » de 1 DM, sauf lorsque le médecin a inscrit sur l'ordonnance une attestation d'urgence.

Les prescriptions de soins paramédicaux (p. ex. cures thermales, massages) et appareillages (p. ex. lunettes, bandages herniaires, ceintures, supports plantaires et souliers orthopédiques), de même que les devis de prothèses dentaires, doivent être soumis à l'approbation de la caisse. Le coût des soins paramédicaux et appareillages

de moindre importance est entièrement pris en charge par les caisses de maladie; il n'est réclamé au bénéficiaire qu'un droit d'ordonnance de 0,50 DM. Pour les soins paramédicaux et appareillages plus importants, de même que pour les prothèses dentaires, il y a généralement lieu d'acquitter un supplément.

L'assuré peut choisir entre les pharmaciens, masseurs, kinésithérapeutes, établissements thermaux et fournisseurs d'appareillages agréés par la caisse; on peut en consulter la liste dans les locaux de celle-ci.

Les ordonnances ne peuvent être cédées à des tiers.

c) *Hospitalisation*

Dans les cas où la nécessité s'en présente, l'hospitalisation (en troisième classe) peut être accordée par la caisse de maladie. La durée maximale fixée par la loi est de 26 semaines pour les assurés. Les statuts particuliers des caisses de maladie peuvent la porter jusqu'à 52 semaines.

La caisse de maladie peut également, selon ses statuts, accorder l'hospitalisation ou une intervention supplémentaire dans ce domaine aux membres de la famille (bénéficiaires). En général, les statuts des caisses prévoient une durée maximale de 26 semaines et la prise en charge complète des frais.

Les caisses prennent également en charge les frais de transport nécessaires pour se rendre au lieu d'hospitalisation.

La nécessité d'hospitalisation doit être attestée par le médecin. Il en va de même pour l'utilisation d'une ambu-

lance. En dehors des cas d'urgences, la prise en charge des frais d'hospitalisation doit être demandée préalablement, sur présentation de l'attestation médicale.

Dans certaines conditions, le médecin, le médecin-conseil ou la caisse de maladie peuvent ordonner l'hospitalisation. Si le malade ne se conforme pas à cette injonction, ou s'il quitte l'établissement hospitalier sans y être autorisé, il perd le droit aux interventions de la caisse pour la durée de son refus.

La sortie d'établissement hospitalier doit être signalée sans retard à la caisse en lui transmettant l'autorisation de sortie. Cette règle est valable même s'il n'y a plus d'incapacité de travail ni de droit aux indemnités de maladie. Si l'intéressé est encore en état d'incapacité de travail au moment de sa sortie, il doit aussitôt se rendre chez le médecin agréé pour la suite du traitement.

2. Prestations en espèces

a) Indemnité de maladie

Quand un assuré est en état d'incapacité de travail par suite de maladie, il reçoit une indemnité de maladie pour chaque jour d'incapacité à partir du troisième, à moins que son employeur ne continue à lui payer sa rémunération. En général, est considéré comme début de l'incapacité de travail le jour où celle-ci a été pour la première fois constatée par le médecin.

L'indemnité journalière de maladie est égale à 50% de la rémunération de base (rémunération prise en considération pour le calcul des cotisations et limitée à 22 DM).

Pendant les six premières semaines d'incapacité de travail, elle est portée à 65% de la rémunération de base et majorée respectivement de 4% de cette rémunération pour le premier et de 3% pour chacun des autres membres de la famille qui sont entièrement ou principalement à la charge de l'assuré et vivent en ménage avec lui.

Il y a lieu de tenir compte également des membres de la famille résidant dans un autre Etat membre. L'indemnité journalière et les compléments ne peuvent pas dépasser, au total, 75% de la rémunération de base.

Les statuts de certaines caisses prévoient, pour la période qui suit les six premières semaines d'incapacité de travail, une indemnité de maladie supérieure à 50% de la rémunération de base et l'octroi de compléments pour les membres de la famille.

L'indemnité de maladie est accordée à partir du premier jour d'incapacité de travail, si la durée de celle-ci est supérieure à deux semaines ou si elle trouve son origine dans un accident du travail ou une maladie professionnelle. La durée légale d'octroi de l'indemnité de maladie est de 26 semaines au plus. Les statuts de certaines caisses la portent à 52 semaines. L'indemnité de maladie est refusée en tout ou en partie quand la maladie a été causée par la participation délictueuse à une rixe, ou lorsque l'assuré s'est rendu malade intentionnellement, ou lorsqu'il a causé un préjudice à la caisse par un fait délictueux passible de la perte des droits civils.

Dans certaines conditions, l'employeur doit au travailleur un supplément d'indemnité de maladie pendant les six premières semaines d'incapacité de travail.

Quand l'assuré est en état d'incapacité de travail par suite de maladie, le médecin agréé lui délivre à ce sujet une *attestation* qui doit être transmise à la caisse sans délai, et au plus tard dans les trois jours (dans la semaine en Bavière, Hesse, Rhénanie-Palatinat et Bade-Wurtemberg). Si ce délai est dépassé, la caisse peut prononcer une peine disciplinaire; de plus, l'assuré perd le droit aux indemnités de maladie jusqu'au jour où la notification de son incapacité de travail sera parvenue à la caisse. En tout état de cause, l'assuré seul est responsable de son arrivée en temps utile. Si le travailleur est affilié à une caisse pour mineurs, le début d'incapacité de travail doit, en tout état de cause, être notifié dans les trois jours au représentant qualifié de la caisse (Knappschafts-ältester) ou au bureau de la caisse compétent pour la localité.

Pour pouvoir toucher ses indemnités de maladie, l'assuré reçoit une attestation sur laquelle le médecin agréé spécifie de semaine en semaine s'il y a encore incapacité de travail. En outre, la caisse remet à l'assuré un formulaire sur lequel il fait établir par son employeur une attestation concernant le montant de la dernière rémunération gagnée avant le début de l'incapacité de travail. Ce dernier document est indispensable à la caisse pour calculer le montant de l'indemnité de maladie; il doit être remis à la caisse au plus tard le jour où l'intéressé doit toucher ses indemnités de maladie pour la première fois.

Les indemnités de maladie sont payées à l'expiration de chaque semaine d'incapacité de travail, à des jours déterminés par la caisse; à la fin de l'incapacité de travail, elles sont payées le dernier jour ouvrable de celle-ci.

Si le médecin a autorisé le malade à sortir, et si celui-ci habite une localité où la caisse a son siège ou un bureau administratif, il doit aller personnellement toucher ses indemnités de maladie. Dans les autres cas, les indemnités peuvent être payées à la personne qu'il a déléguée.

Si la caisse de maladie invite l'assuré à se présenter à un examen de contrôle effectué par le médecin-conseil, l'assuré doit absolument, dans son propre intérêt, se rendre ponctuellement à la convocation. Cependant, si son incapacité de travail cesse avant le jour de l'examen, il peut se dispenser d'y donner suite. S'il est dans l'impossibilité de se présenter au contre-examen parce qu'il est incapable de se déplacer, il doit en aviser la caisse au plus tard avant le jour fixé. La lettre par laquelle il en avise la caisse doit être accompagnée de la lettre de convocation et d'une attestation du médecin agréé. Si l'assuré néglige, sans motif sérieux, de se présenter au contre-examen, il perd en tout ou en partie le droit aux indemnités de maladie pour une période déterminée.

Pendant la durée de l'incapacité de travail, l'assuré ne peut quitter le ressort territorial de la caisse qu'avec l'accord de celle-ci. Cet accord est également nécessaire quand l'assuré veut transférer sa résidence dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne (y compris quand il est en traitement médical, sans être en état d'incapacité de travail). On trouvera de plus amples renseignements à ce sujet dans un fascicule spécial qu'on peut obtenir à la caisse de maladie.

Pendant la durée d'incapacité de travail, l'assuré ne peut sortir qu'aux heures fixées par le médecin agréé.

Lorsque l'assuré change de résidence à l'intérieur du ressort territorial de la caisse pendant la durée de l'incapacité de travail, il doit en aviser la caisse sans délai. Celui qui se livre à un travail rémunéré pendant qu'il bénéficie d'une indemnité de maladie sera poursuivi pour fraude devant les tribunaux.

b) Indemnité de ménage

Pendant la durée d'une hospitalisation prise en charge par la caisse de maladie, l'indemnité de maladie est remplacée par une indemnité de ménage. Celle-ci équivaut à 25% de l'indemnité de maladie; si l'assuré a des personnes entièrement ou principalement à sa charge, l'indemnité de ménage est portée à 2/3 de l'indemnité de maladie pour la première et majorée de 1/10 de l'indemnité de maladie pour chacune des autres. Elle ne peut, au total, dépasser le montant de l'indemnité de maladie sans compléments.

Pour pouvoir toucher son indemnité de ménage, l'assuré doit présenter une attestation d'hospitalisation. S'il n'a pas encore remis à la caisse une attestation de rémunération délivrée par son employeur (pour le calcul de l'indemnité de maladie), il doit lui en faire parvenir une.

III. MATERNITE

A. Bénéficiaires

Les prestations en cas de maternité sont accordées à toutes les assurées et à l'épouse des assurés, ainsi qu'à

leurs filles, belles-filles ou filles adoptives si elles vivent sous leur toit.

B. Conditions pour obtenir les prestations

Les assurées ont droit aux prestations en cas de maternité aussi longtemps que subsiste le contrat de travail et sans devoir justifier de périodes déterminées d'assurance. Par contre, si l'intéressée est affiliée à une caisse de maladie, mais n'est pas ou n'est plus liée à son employeur par un contrat de travail, l'octroi des prestations est subordonné au fait d'avoir été inscrite à l'assurance maladie au moins dix mois au cours des deux années qui ont précédé l'accouchement ou au moins six mois au cours de l'année qui l'a précédé. Dans certaines conditions, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies en Belgique, en France, en Italie, au Luxembourg ou aux Pays-Bas.

Les prestations en cas de maternité ne sont accordées à l'épouse ou aux filles de l'assuré que si celui-ci a été inscrit à l'assurance maladie pendant les mêmes périodes avant l'accouchement.

C. Nature et importance des prestations; modalités de la demande

Les prestations accordées en cas de maternité aux assurées ainsi qu'à l'épouse et aux filles des assurés, comportent:

- des prestations en nature (assistance de l'accoucheu-

se, médicaments, petits appareillages, assistance du médecin, hospitalisation en maternité) et

— des prestations en espèces (indemnité pécuniaire de maternité, indemnité d'allaitement, indemnité unique pour frais d'accouchement).

1. Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maternité sont servies gratuitement. On peut consulter une liste des accoucheuses dans les locaux de la caisse de maladie.

Il est à conseiller de demander, dès avant le moment où on réclamera les prestations, que la caisse de maladie contrôle si on remplit les conditions pour les obtenir de façon à pouvoir éventuellement établir en temps utile les attestations indispensables concernant les périodes d'assurance.

La prise en charge des frais d'accouchement dans un établissement hospitalier est laissée à l'appréciation de la caisse. En règle générale, l'hospitalisation n'est accordée que si elle se justifie par des nécessités médicales.

2. Prestations en espèces

Les prestations en espèces diffèrent selon qu'il s'agit d'une assurée ou d'une personne faisant partie de la famille d'un assuré.

a) Indemnité pécuniaire de maternité

Les assurées ont droit à une indemnité pécuniaire de maternité (Wochengeld) pendant les six semaines qui

précèdent la date probable de l'accouchement. Au début de cette période, l'intéressée doit faire établir par l'accoucheuse ou par le médecin une attestation spécifiant la date probable de l'accouchement, et présenter cette attestation à la caisse pour toucher son indemnité pécuniaire de maternité. Celle-ci est payée à l'expiration de chaque semaine, comme l'indemnité de maladie.

Quand l'intéressée a interrompu son travail — mais aussi longtemps que subsiste le contrat de travail — le montant de l'indemnité pécuniaire de maternité est égal à la moyenne des rémunérations nettes des treize dernières semaines ou des trois derniers mois. Après l'accouchement, et sous réserve que subsiste le contrat de travail, l'intéressée a droit à une indemnité du même montant pendant six autres semaines; cette durée est portée à huit semaines pour les mères qui allaitent leur enfant et à douze semaines en cas de naissance prématurée.

Quand le contrat de travail est rompu, l'indemnité pécuniaire de maternité est égale, avant l'accouchement, aux trois quarts et, après l'accouchement, à la moitié de la rémunération de base (rémunération prise en considération pour le calcul des cotisations et limitée à 22 DM). Dans ce cas, elle n'est payée, après l'accouchement, que pendant six semaines.

Si l'intéressée, pendant les périodes précitées d'indemnisation, exerce une activité rémunérée, elle perd le droit à l'indemnité pécuniaire de maternité, en tout ou en partie, pendant certaines périodes.

Pour les personnes faisant partie de la famille d'un assuré, l'indemnité pécuniaire de maternité est égale à 0,50 DM par jour pendant quatre semaines avant et six semaines après l'accouchement. Les statuts de la caisse de maladie peuvent prévoir des montants plus élevés.

b) Indemnité d'allaitement

L'assurée qui allaite son enfant a droit à une indemnité d'allaitement pour une durée maximale de 26 semaines. Le montant de l'indemnité est variable. Quand le contrat de travail subsiste, il est de 0,75 DM au moins par jour. L'épouse d'un assuré ou ses filles bénéficiaires de prestations ont également droit, quand elles allaitent leur enfant, à une indemnité d'allaitement pour une durée de 26 semaines au plus. Le montant de l'indemnité est en règle générale de 0,50 DM par jour.

Pour faire la preuve qu'elle allaite son enfant, l'intéressée fournira à la caisse une attestation de l'accoucheuse.

c) Indemnité unique pour frais d'accouchement

Outre les autres frais d'accouchement, les caisses de maladie accordent une « indemnité unique pour frais d'accouchement » (einmaliger Entbindungskostenbeitrag) d'un montant uniforme, fixé entre 10 et 25 DM.

IV. DECES (Indemnité funéraire)

A. Bénéficiaires

Au décès d'un assuré, le bénéficiaire de l'indemnité funéraire payée par la caisse de maladie est en premier lieu

celui qui s'est chargé des funérailles. Il a droit au remboursement des frais funéraires, contre justification, à concurrence de l'indemnité funéraire fixée par la caisse. Si le montant fixé par la caisse dépasse celui des frais effectifs, le solde est attribué dans l'ordre, au conjoint, aux enfants, au père, à la mère et aux sœurs de l'assuré décédé qui vivaient sous son toit au moment de son décès.

En cas de décès du conjoint ou d'un autre membre de la famille de l'assuré, c'est ce dernier qui bénéficie de l'indemnité.

L'indemnité funéraire est due également quand le bénéficiaire réside en Belgique, en France, en Italie, au Luxembourg ou aux Pays-Bas.

B. Conditions pour bénéficier de l'indemnité funéraire

La seule condition est l'affiliation à l'assurance au moment du décès. Dans certaines conditions l'indemnité funéraire est due au décès de l'assuré même si le décès s'est produit après que l'assurance ait pris fin.

L'indemnité funéraire est due également lorsque le décès s'est produit en Belgique, en France, en Italie, au Luxembourg ou aux Pays-Bas.

C. Montant de l'indemnité funéraire, modalités de l'octroi

Au décès d'un assuré, l'indemnité funéraire est égale à 20 fois sa rémunération de base (rémunération prise en considération pour le calcul des cotisations et limitée à

22 DM), sans pouvoir être inférieure à 100 DM. Les statuts de la caisse peuvent la porter à 40 fois la rémunération de base.

Au décès d'un membre de la famille de l'assuré, l'indemnité funéraire est égale à la moitié de celle qui serait payée au décès de l'assuré lui-même, sans pouvoir être inférieure à 50 DM.

La demande d'indemnité funéraire doit être accompagnée d'un document officiel attestant le décès. Celui qui s'est chargé des funérailles doit fournir justification des frais assumés, même s'il a droit au solde de l'indemnité funéraire en qualité de membre de la famille.

V. ASSURANCE FACULTATIVE CONTINUÉE

Quand un travailleur cesse d'être assuré obligatoirement, il peut demander à continuer volontairement l'assurance, à condition d'avoir été inscrit à l'assurance-maladie au moins pendant 26 semaines au cours des douze mois qui ont précédé ou au moins pendant les six semaines qui ont précédé la fin de l'assurance. Les périodes d'assurance accomplies en Belgique, en France, en Italie, au Luxembourg et aux Pays-Bas entrent en ligne de compte.

La demande d'assurance facultative continuée (Weiterversicherung) doit être présentée à la caisse de maladie si possible dans la semaine et au plus tard dans les trois semaines qui suivent la fin de l'assurance.

Au décès d'un assuré, son conjoint survivant peut continuer l'assurance dans les mêmes conditions et suivant

les mêmes modalités que l'assuré lui-même. Cette règle est applicable analogiquement au conjoint divorcé d'un assuré et au conjoint d'un assuré qui a quitté l'emploi en vertu duquel il était obligatoirement assujéti à l'assurance pour prendre un emploi à l'étranger, lorsque l'assuré lui-même ne continue pas volontairement l'assurance.

Les assurés volontaires ont en général droit aux mêmes prestations que les personnes assurées en raison de leur emploi (assurance obligatoire). Cependant, ils ne bénéficient généralement pas de l'indemnité de maladie ni de l'indemnité de ménage.

VI. COTISATIONS

Le montant des cotisations d'assurance maladie est fixé pour chaque caisse par ses statuts. Dans la république fédérale d'Allemagne, il est actuellement, en moyenne, égal à 8% de la rémunération de base (rémunération prise en considération pour le calcul des cotisations et limitée à 22 DM). Il est versé à la caisse de maladie par l'employeur en même temps que les cotisations de pension et d'assurance-chômage. L'employeur retient la moitié de la cotisation sur la rémunération du travailleur.

Les assurés volontaires doivent payer leurs cotisations eux-mêmes chaque mois, par avance, à la caisse de maladie. Quand ils ne bénéficient pas de l'indemnité journalière et de l'indemnité de ménage, le taux de cotisation est réduit en conséquence.

VII. SANCTIONS ET RECOURS

Si l'assuré contrevient au règlement des malades ou aux instructions du médecin traitant ou d'un médecin-conseil, la caisse de maladie peut lui infliger pour chaque infraction une sanction atteignant le triple du montant de l'indemnité journalière de maladie. Si une infraction constitue en même temps un fait délictueux aux yeux du code pénal (par exemple le fait de céder abusivement à autrui des feuilles de soins ou des ordonnances), la sanction disciplinaire s'accompagne de poursuites pénales.

Si l'assuré n'est pas d'accord avec la décision de sa caisse de maladie, il peut introduire une réclamation devant la commission de réclamation de la caisse. La loi sur la juridiction sociale prévoit, contre un rejet de la réclamation par cette commission, une possibilité de recours devant la juridiction sociale dans le délai d'un mois à dater de la notification de la décision.

AVIS TRES IMPORTANT

Le texte ci-dessus ne constitue pas un exposé complet des dispositions légales ou réglementaires. 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.

Dès lors, afin de vous éviter toute déconvenue adressez-vous à votre organisme assureur pour tous renseignements au sujet de votre cas.

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