

Ordonnance Souveraine n° 8.011 du 12 mars 2020 relative à l'octroi des prestations médicales aux fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune.

N° journal

8478

Date de publication

20/03/2020

ALBERT II
PAR LA GRÂCE DE DIEU
PRINCE SOUVERAIN DE MONACO

Vu la Constitution et notamment son article 51 ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 937 du 17 mars 1954 rendant exécutoire la Convention sur la sécurité sociale signée à Paris le 28 février 1952 ;
Vu le Code pénal et notamment son article 248 ;
Vu le Code civil ;
Vu la loi n° 486 du 17 juillet 1948 relative à l'octroi des allocations pour charges de famille, des prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques aux fonctionnaires de l'État et de la Commune ;
Vu la loi n° 583 du 28 décembre 1953 sur la retraite du personnel titulaire des services publics et notamment son article premier ;
Vu la loi n° 975 du 12 juillet 1975 portant statut des fonctionnaires de l'État, modifiée ;
Vu la loi n° 1.049 du 28 juillet 1982 sur les pensions de retraites des fonctionnaires, des magistrats et de certains agents publics, modifiée ;
Vu la loi n° 1.096 du 7 août 1986 portant statut des fonctionnaires de la Commune, modifiée ;
Vu la loi n° 1.228 du 10 juillet 2000 portant statut des greffiers, modifiée, et notamment ses articles 20 et 22 ;
Vu la loi n° 1.334 du 12 juillet 2007 sur l'éducation, modifiée ;
Vu la loi n° 1.359 du 20 avril 2009 portant création d'un centre de coordination prénatale et de soutien familial et modifiant les articles 248 du Code pénal et 323 du Code civil ;
Vu la loi n° 1.364 du 16 novembre 2009 portant statut de la magistrature, modifiée, et notamment son article 35 ;
Vu la loi n° 1.398 du 24 juin 2013 relative à l'administration et à l'organisation judiciaires ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 3.387 du 22 janvier 1947 relative aux prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques allouées aux fonctionnaires, agents et employés de l'ordre administratif, modifiée ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 6.365 du 17 août 1978 fixant les conditions d'application de la loi n° 975 du 12 juillet 1975 portant statut des fonctionnaires de l'État, modifiée ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 7.341 du 11 mai 1982 portant statut des ecclésiastiques ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 8.017 du 1er juin 1984 portant statut des militaires de la force publique, modifiée, et notamment son article 25 ;
Vu l'Ordonnance Souveraine n° 16.299 du 28 avril 2004 fixant les modalités d'application de l'exercice des fonctions à temps partiel des fonctionnaires de l'État, modifiée ;
Vu Notre Ordonnance n° 231 du 3 octobre 2005 portant création d'un Service des Prestations Médicales de l'État ;
Vu Notre Ordonnance n° 3.782 du 16 mai 2012 portant organisation de l'administration pénitentiaire et de la détention ;
Vu Notre Ordonnance n° 5.251 du 19 mars 2015 relative à la coordination entre le Service des Prestations Médicales de l'État et la Caisse de Compensation des Services Sociaux, modifiée ;
Vu Notre Ordonnance n° 7.155 du 10 octobre 2018 relative à l'octroi des allocations pour charges de famille aux fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune ;
Vu l'arrêté ministériel du 14 janvier 1947 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;
Vu l'arrêté ministériel du 4 février 1947 portant règlement des prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques allouées aux fonctionnaires, modifié ;
Vu l'arrêté ministériel n° 78-451 du 17 octobre 1978 fixant la liste des médecins appelés à faire partie des commissions médicales de la Fonction Publique ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont assermentés, modifié ;
Vu l'arrêté ministériel n° 2003-121 du 11 février 2003 établissant la liste des affections ouvrant droit au congé de longue maladie au bénéfice des fonctionnaires ;
Vu l'arrêté ministériel n° 2005-276 du 7 juin 2005 fixant les conditions de remboursement par les régimes d'assurance maladie des actes relevant de la classification commune des actes médicaux, modifié ;
Vu l'arrêté ministériel n° 2006-188 du 29 mars 2006 portant fixation du tarif des honoraires médicaux dus en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
Vu l'arrêté ministériel n° 2019-558 du 2 juillet 2019 fixant la durée du congé de maternité des fonctionnaires et agents de l'État ;
Vu l'arrêté municipal n° 2019-3068 du 16 juillet 2019 fixant la durée du congé de maternité des fonctionnaires de la Commune ;
Vu la délibération du Conseil de Gouvernement en date du 4 mars 2020 qui Nous a été communiquée par Notre Ministre d'État ;

Avons Ordonné et Ordonnons :

CHAPITRE I
DES ASSURÉS DU SERVICE DES PRESTATIONS MÉDICALES DE L'ÉTAT

Section I
Des bénéficiaires

Sous-section I
De l'assuré

Article Premier.

La qualité d'assuré relevant du Service des Prestations Médicales de l'État est reconnue aux personnes suivantes :

1°) les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune, actifs ;

- 2°) les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune, retraités résidant à Monaco ;
- 3°) les agents indemnisés pour privation involontaire d'emploi résidant à Monaco ;
- 4°) les fonctionnaires placés en disponibilité spéciale pour élever un enfant de moins de cinq ans ou atteint d'une infirmité, d'une maladie ou d'une incapacité grave ;
- 5°) les ayants droit de chacune des populations précitées.

Art. 2.

L'ouverture du droit aux prestations prévues par la présente ordonnance est subordonnée à la condition que l'activité exercée par l'assuré dans le secteur public constitue son activité principale.

Pour les fonctionnaires et agents de l'État ou de la Commune retraités, l'ouverture du droit aux prestations prévues par la présente ordonnance est subordonnée à la condition que l'activité qu'ils exerçaient dans le secteur public constituait leur activité principale.

Sans préjudice des alinéas précédents, pour les fonctionnaires ou agents de l'État ou de la Commune retraités ou placés en disponibilité, le droit aux prestations prévues par la présente ordonnance est également subordonné à la condition qu'ils n'exercent aucune autre activité rémunérée.

Sans préjudice des alinéas qui précèdent, pour les fonctionnaires ou agents de l'État ou de la Commune privés involontairement d'emploi, le droit aux prestations prévues par la présente ordonnance est également subordonné à la condition qu'ils n'exercent aucune autre activité rémunérée et qu'ils soient toujours en recherche d'emploi.

Sous-section II Des ayants droit

Art. 3.

Les ayants droit de l'assuré, ayant la qualité de chef de foyer au sens de l'Ordonnance Souveraine n° 7.155 du 10 octobre 2018, susvisée, sont :

- 1°) son conjoint ou son partenaire d'un contrat de vie commune, dans les conditions fixées par l'article 4 ;
- 2°) ses enfants, dans les conditions fixées par l'article 5 ;
- 3°) à titre subsidiaire, les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du conjoint ou du partenaire d'un contrat de vie commune lorsque celui-ci n'ouvre droit à aucun autre régime d'assurance maladie du chef de son activité ou de sa résidence, dans les conditions fixées par l'article 5.

Art. 4.

La qualité d'ayant droit est reconnue au conjoint ou au partenaire d'un contrat de vie commune à compter de la date du mariage ou de la date d'enregistrement du contrat, à la condition qu'il réside habituellement au foyer de l'assuré et qu'il n'ouvre pas de droit direct à aucun autre régime d'assurance maladie, du chef de son activité ou de sa résidence.

Le conjoint ou le partenaire d'un contrat de vie commune perd la qualité d'ayant droit :

- 1°) en cas de divorce ou de séparation de corps, à la date de l'accomplissement des formalités prévues par l'article 203-4 du Code civil ;
- 2°) en cas de résiliation du contrat de vie commune, à la date prévue à l'article 1283 du Code civil ;
- 3°) en cas d'exercice d'une autre activité professionnelle, à la date d'ouverture du droit aux prestations médicales servies par un autre régime monégasque ou étranger.

Par dérogation aux chiffres 1 et 2 de l'alinéa précédent, en cas de divorce, de séparation de corps ou de résiliation du contrat de vie commune, si le conjoint ou le partenaire qui réside à Monaco n'ouvre droit à aucun régime d'assurance maladie, le Service des Prestations Médicales de l'État lui octroie un maintien de droit spécifique pendant douze mois civils à compter de la date de l'accomplissement des formalités prévues par l'article 203-4 du Code civil ou de la date d'enregistrement de la résiliation du contrat de vie commune.

Art. 5.

La qualité d'ayant droit est accordée aux enfants :

- 1°) légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré ;
- 2°) légitimes, naturels ou adoptifs de son conjoint ou de son partenaire de contrat de vie commune, dans les cas visés au deuxième alinéa de l'article 3 ;
- 3°) orphelins de père ou de mère, et dont l'assuré est le tuteur ;
- 4°) à charge.

L'enfant à charge visé à l'alinéa précédent s'entend, au sens de la présente ordonnance, de l'enfant recueilli de façon permanente et durable dans le foyer de l'assuré, en dehors de tout placement de l'enfant par une décision de justice chez une personne morale ou une personne physique.

La qualité d'ayant droit est reconnue aux enfants visés aux alinéas précédents à la condition que ceux-ci se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- 1°) être âgés de moins de 16 ans ;
- 2°) être âgés de moins de 21 ans et poursuivre des études ;
- 3°) être âgés de moins de 21 ans et se trouver, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de poursuivre des études ou de se livrer à un travail salarié ;
- 4°) être âgés de 21 à 28 ans et poursuivre des études dans un établissement scolaire de la Principauté.

La qualité d'ayant droit est accordée aux enfants ayant leur résidence habituelle au foyer de l'assuré.

Elle peut également être accordée, par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, aux enfants ne résidant pas habituellement au foyer de l'assuré en raison :

- 1°) de leur séjour à l'étranger à des fins d'études ou de formation ;
- 2°) de leur placement par une décision de justice chez une personne morale ou une personne physique ;
- 3°) de leur handicap ou de leur état de santé ;
- 4°) d'obligations sportives qu'eux-mêmes doivent assumer.

Les étudiants de nationalité monégasque âgés de 21 à 28 ans ne relèvent pas des dispositions de la présente ordonnance.

Art. 6.

Les enfants perdent la qualité d'ayant droit :

- 1°) à 16 ans, s'ils ne sont pas scolarisés ;
- 2°) au 1er octobre de l'année en cours, en cas de non-reprise de la scolarité ;
- 3°) à la date de cessation des études, lorsque celle-ci survient en cours d'année scolaire ;
- 4°) lorsque l'âge limite de 21 ans est atteint, sauf s'ils poursuivent leurs études dans un établissement d'enseignement de la Principauté, et ce, dans la limite de leurs 28 ans ;
- 5°) lorsqu'ils bénéficient d'un contrat d'apprentissage qui leur donne la qualité de salarié quel que soit leur âge.

Section II Des prestations

Art. 7.

Les prestations médicales visées à l'article 2 sont les prestations servies en matière d'assurances maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de droit commun.

Les prestations en nature désignent la prise en charge des dépenses de santé dans le cadre des assurances précitées.

Les prestations en espèces sont des indemnités versées à l'assuré afin de compenser sa perte de traitement en cas d'interruption de travail au titre des assurances citées au premier alinéa du présent article. Ces prestations sont dénommées indemnités journalières.

Section III Des obligations de l'assuré

Art. 8.

L'attribution des prestations prévues par la présente ordonnance est subordonnée pour le bénéficiaire aux obligations de :

- 1°) se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par le professionnel de santé ;
- 2°) se soumettre aux visites médicales et aux contrôles organisés par le Service des Prestations Médicales de l'État prévus par les dispositions de la présente ordonnance ;
- 3°) ne pas exercer une activité rémunérée pendant une interruption de travail au titre des assurances citées au premier alinéa de l'article 7 ;
- 4°) s'abstenir de toute activité non autorisée médicalement par le médecin traitant ou par le Médecin Conseil dudit Service ;
- 5°) respecter les heures de sorties autorisées prévues à l'article 63.

Art. 9.

Pour obtenir sa prise en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État, l'assuré doit faire parvenir à ce Service, selon la procédure en vigueur, toutes précisions nécessaires relatives à sa nationalité, son état civil, sa résidence et sa situation de famille, à savoir notamment :

- 1°) une copie de la pièce d'identité ;
- 2°) une copie de la fiche d'état civil familiale ou individuelle ;
- 3°) une copie du livret de famille ;
- 4°) un extrait d'acte de naissance ;
- 5°) pour les enfants naturels, toute pièce attestant les droits et obligations de l'assuré vis-à-vis de l'enfant ;
- 6°) pour les enfants adoptifs, toute pièce prouvant que l'enfant a été adopté par l'assuré notamment la copie du jugement d'adoption ;
- 7°) pour les orphelins, un extrait du jugement de tutelle ;
- 8°) pour les enfants recueillis, une attestation sur l'honneur ou tout document attestant du caractère durable du placement et des conditions de prise en charge par l'assuré ;
- 9°) pour les enfants de plus de 16 ans et de moins de 21 ans, un certificat de scolarité ou un avis favorable du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État à sa prise en charge lorsque l'enfant est atteint d'une infirmité ;
- 10°) pour les enfants de plus de 16 ans et de moins de 28 ans, un certificat de scolarité ou un avis favorable du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État à sa prise en charge lorsque l'enfant est atteint d'une maladie chronique et a dû interrompre ses études par suite de cette maladie ;
- 11°) en cas de divorce ou de séparation, la photocopie de l'ordonnance de non-conciliation ou du jugement statuant sur les mesures de garde de l'enfant.

L'assuré doit également communiquer un certificat de radiation ou une attestation de fin de droits de la caisse d'assurance maladie dont il relevait jusqu'à son recrutement dans la Fonction Publique ou lors de sa demande de prise en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État.

Art. 10.

L'assuré informe, dans le délai d'un mois, le Service des Prestations Médicales de l'État de tout changement concernant sa situation familiale, personnelle ou professionnelle qui serait de nature à modifier ou à faire cesser son droit, ou celui de ses ayants droits, aux prestations médicales.

Les sommes indûment perçues sont remboursées à ce Service par l'assuré.

Section IV De l'immatriculation

Art. 11.

L'immatriculation consiste en l'attribution d'un numéro d'identification.

Elle est effectuée, selon le cas, pour chaque nouvel entrant dans la Fonction Publique, par la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou par le Service de Gestion des Personnels de la Commune.

Art. 12.

L'immatriculation permet de reconnaître la qualité d'assuré social relevant du Service des Prestations Médicales de l'État.

Elle prend effet au jour où l'assuré remplit les conditions pour en bénéficier.

Art. 13.

Le Service des Prestations Médicales de l'État délivre une carte d'allocataire à l'assuré à l'occasion de sa prise de fonction, puis annuellement.

Cette carte mentionne sa durée de validité ainsi que le nom, le prénom, le numéro d'immatriculation, le taux de prise en charge du bénéficiaire et le code de feuille de soin électronique.

Elle doit être présentée par l'assuré ou son ayant droit à tout professionnel ou établissement de santé.

Art. 14.

Le droit de l'assuré et de ses ayants droit aux prestations prévues par la présente ordonnance s'éteint à la date à laquelle leur immatriculation cesse de produire effet.

CHAPITRE II DE L'ASSURANCE MALADIE

SOUS-CHAPITRE I DES PRESTATIONS EN NATURE

Section I Des dispositions générales aux prestations en nature

Sous-section I Des droits aux prestations en nature

Paragraphe I Des conditions générales d'ouverture des droits aux prestations en nature

Art. 15.

Pour avoir droit aux prestations en nature, l'assuré doit :

- 1°) soit avoir accompli cent quinze heures de travail mensuel dans le mois précédant la date des soins ou cent quatre-vingt-treize heures dans les trois mois

précédant la date des soins ;

2°) soit justifier d'une immatriculation produisant effet à la Caisse de Compensation des Services Sociaux ou à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie française la veille de sa prise de fonction.

Art. 16.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature sont appréciées, en ce qui concerne l'assurance maladie, à la date de l'acte, du soin ou du traitement.

Art. 17.

Par dérogation à l'article précédent, lorsqu'une convention de coordination existe entre le Service des Prestations Médicales de l'État et un autre organisme d'assurance maladie, le droit aux prestations en nature est apprécié selon les modalités de cette convention.

Art. 18.

Certaines prestations en nature, prévues par les nomenclatures en vigueur et le règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État sont soumises à une prescription médicale.

Toute prescription médicale doit être exécutée dans un délai de six mois à un an selon le médicament ou l'acte, en application du règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État, à compter de la date à laquelle elle a été établie, qu'elle soit ou non accompagnée d'une entente préalable. À défaut, une nouvelle prescription devra être établie.

Le remboursement de ces prestations est soumis à la présentation de la prescription correspondante.

Art. 19.

Certaines prestations en nature, prévues par les nomenclatures en vigueur et le règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État, sont soumises à l'accord préalable du Médecin Conseil ou du Dentiste Conseil de cette entité.

Tout accord préalable du Médecin Conseil ou du Dentiste Conseil doit être exécuté dans un délai de six mois à un an selon le médicament ou l'acte, en application du règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État, à compter de la date à laquelle la demande pour obtenir cet accord a été établie. À défaut, une nouvelle demande devra être faite.

Paragraphe II

Des conditions générales d'exercice des droits aux prestations en nature

Art. 20.

En cas de maladie, de maternité ou d'accident survenant à l'assuré ou à son ayant droit, la constatation des soins et l'ouverture des droits au remboursement des prestations médicales sont subordonnées à :

1°) soit la production et la réception par le Service des Prestations Médicales de l'État d'une feuille de soins, portant les signatures et les éléments de facturation requis, dans le délai maximal de cinq ans à compter :

- en cas de maladie : du premier jour du trimestre qui suit la date à laquelle la feuille a été délivrée ;
- en cas de maternité : du jour de la première constatation médicale de grossesse ;

2°) soit la transmission électronique, par les professionnels ou organismes ayant signé une convention avec le Service des Prestations Médicales de l'État, des éléments de facturation selon les dispositifs validés et développés par ce Service.

Art. 21.

Le Service des Prestations Médicales de l'État peut surseoir au remboursement pour procéder à toutes les vérifications utiles permettant à ce Service de s'assurer que les conditions du remboursement sont réunies, sans qu'il puisse toutefois s'écouler plus de trente jours à compter du dépôt, du renvoi ou de la télétransmission de la feuille de soins.

Sous-section II

De l'étendue des prestations en nature

Art. 22.

Les prestations en nature s'étendent au remboursement :

- 1°) des frais de médecine générale et spéciale, y compris les interventions chirurgicales et celles pratiquées par les auxiliaires médicaux ;
- 2°) des frais de soins et de prothèses dentaires ;
- 3°) des frais de pharmacie ;
- 4°) des frais d'orthopédie ;
- 5°) des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ;
- 6°) des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure ;
- 7°) des frais de séjour dans les maisons de convalescence ou de repos ;
- 8°) des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements médicalisés d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation en dehors de ces établissements ;
- 9°) des frais de transports nécessités par le traitement du malade.

Art. 23.

Le bénéficiaire des prestations a, à Monaco et dans le département français limitrophe, le libre choix du praticien et du pharmacien, parmi ceux inscrits au tableau de leur ordre ou collège, ainsi que de l'établissement de soins, de la maison de convalescence ou de repos, et du fournisseur d'appareils de prothèse parmi ceux régulièrement agréés.

Le choix effectué hors de ces territoires est soumis à l'accord préalable du Médecin Conseil ou du Dentiste Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, sauf urgence médicalement constatée.

Les soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit dans les pays autres que Monaco et la France sont pris en charge, sur la base du tarif de remboursement en vigueur en Principauté :

- 1°) s'il s'agit de soins reçus en cas d'urgence lors d'un séjour à l'étranger ;
- 2°) s'il s'agit de soins pour lesquels il est démontré qu'ils ne pouvaient pas être donnés sur les territoires monégasque et français.

Art. 24.

Les soins et fournitures auxquels les frais visés à l'article 22 peuvent correspondre, les conditions dans lesquelles ces frais doivent être engagés pour ouvrir droit au remboursement ainsi que le régime des cures thermales, sont déterminés par arrêté ministériel.

Sous-section III

Des bases de remboursement des prestations en nature

Art. 25.

Le montant des prestations en nature est déterminé par un tarif dit « d'autorité », sous réserve des dispositions prévues aux articles 26 à 31).

Ce tarif d'autorité prend pour base :

- 1°) pour les honoraires des praticiens : le tarif fixé par arrêté ministériel ;
- 2°) pour les frais pharmaceutiques et de fournitures orthopédiques : le prix homologué des produits ;
- 3°) pour les frais de séjour en établissement de soins publics : le prix de journée homologué ;
- 4°) pour les frais de séjour en clinique :
 - lorsque ceux-ci sont facturés au prix de journée : le prix de journée homologué pour l'établissement ;
 - lorsque ceux-ci sont facturés sur la base d'une tarification à l'activité : le forfait homologué pour le Groupe Homogène de Séjours concerné (G.H.S.), éventuellement minoré ou majoré en fonction des durées de séjour et des coefficients modificateurs agréés pour l'établissement ;
- 5°) pour les frais de séjour dans une clinique psychiatrique, un établissement de long séjour, de convalescence, de réadaptation fonctionnelle, de soins de suite, de régime, de traitement de la tuberculose, ou dans une maison d'enfants à caractère sanitaire : le prix homologué pour l'établissement ;
- 6°) pour les produits sanitaires : le tarif homologué.

Sous-section IV

Du montant des droits aux prestations en nature

Paragraphe I

Du ticket modérateur

Art. 26.

Les assurés du Service des Prestations Médicales de l'État bénéficient d'un remboursement correspondant à 80 % de la base de remboursement.

Art. 27.

Le ticket modérateur est la partie de la base de remboursement qui reste à la charge de l'assuré.

Il correspond à 20 % d'abattement appliqué à la base de remboursement.

Art. 28.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont pas pris en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État.

Paragraphe II

De l'exonération du ticket modérateur

Art. 29.

Par dérogation aux dispositions de l'article 26, les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur et donc d'un remboursement à 100 % de la base de remboursement sont :

- 1°) les fonctionnaires en activité ;
- 2°) les fonctionnaires retraités résidant à Monaco ;
- 3°) les agents justifiant d'une ancienneté de service cumulée de deux années pour un emploi à temps plein au sein de la Fonction Publique étatique ou communale ;
- 4°) les fonctionnaires placés en disponibilité spéciale pour élever un enfant de moins de cinq 5 ans ou atteint d'une infirmité, d'une maladie ou d'une incapacité grave.

Art. 30.

La participation de l'assuré dite « ticket modérateur », prévue à l'article 27 peut être limitée ou supprimée dans les cas précisés par arrêté ministériel et notamment :

- 1°) lorsque la durée d'hospitalisation correspond à un nombre de jours calendaires fixé par arrêté ministériel ;
- 2°) lorsqu'à l'occasion d'un acte médical ou d'un ensemble d'actes, la dépense dépasse un montant défini par arrêté ministériel ;
- 3°) lorsque la dépense correspond aux frais d'acquisition et de réparation d'un appareil orthopédique appartenant à une catégorie déterminée par arrêté ministériel ;
- 4°) lorsque le bénéficiaire des prestations est atteint d'une affection nécessitant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement onéreuse, ou d'une affection reconnue comme telle :
 - soit de plein droit, par effet de son inscription sur une liste établie par arrêté ministériel ;
 - soit par décision du Chef du Service des Prestations Médicales de l'État sur avis motivé du Médecin Conseil de ce Service.

Art. 31.

En aucun cas, le montant du remboursement ne peut excéder celui des frais exposés.

Section II

Des dispositions particulières aux prestations en nature

Sous-section I

Des droits pour les prothèses dentaires et l'orthodontie

Art. 32.

À compter de l'accord de prise en charge émanant du Dentiste Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État :

- 1°) les prothèses dentaires doivent être posées dans les six mois ;
- 2°) les traitements d'orthodontie doivent débiter dans les six mois.

Dans le cas contraire, l'accord de prise en charge devient caduc et une nouvelle demande d'accord préalable doit être présentée par l'assuré auprès du Dentiste Conseil dudit Service. Les droits sont à nouveau examinés à la date de cette demande.

Sous-section II

Des produits pharmaceutiques

Art. 33.

Les médicaments sont pris en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État sur prescription délivrée par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

Pour permettre le remboursement des médicaments, leur prescription médicale doit être faite dans le cadre des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge, et ils doivent figurer sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux, fixée par arrêté ministériel.

Pour chaque médicament prescrit, la prescription médicale doit notamment indiquer la posologie et la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement.

Sous-section III

Des conditions de prise en charge des fournitures et appareils inscrits dans la Liste des Produits et Prestations (L.P.P.) remboursables

Art. 34.

La prise en charge des articles de prothèses oculaires, de chaussures orthopédiques ainsi que de la fourniture de gros appareillages de prothèses et d'orthèses est subordonnée à l'agrément du fournisseur par les organismes de sécurité sociale.

L'appareil choisi par l'assuré doit être conforme aux normes du cahier des charges de la Liste des Produits et Prestations remboursables.

Aucun article ou appareil, aucune fourniture ne peut être pris en charge en l'absence de prescription médicale.

Sous-section IV

De l'optique

Art. 35.

Deux catégories d'articles d'optique médicale sont prises en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État :

- 1°) les lunettes ;
- 2°) les lentilles de contact.

Les bases de remboursement des frais d'optique sont définies dans le règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État.

Sous-section V

De l'hospitalisation

Art. 36.

Les frais suivants engendrés par des soins réalisés dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée sont pris en charge :

- 1°) ceux liés à l'hospitalisation ;
- 2°) ceux liés aux soins réalisés avant ou après l'hospitalisation ;
- 3°) le forfait hospitalier.

Sous-section VI

Des cures thermales

Art. 37.

Seules les cures thermales réalisées en France et en Italie sont prises en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État.

La prise en charge des cures thermales ne peut intervenir qu'aux conditions cumulatives suivantes :

- 1°) l'affection ou la pathologie motivant cette cure figure sur une liste d'orientations thérapeutiques établie par arrêté ministériel ;
- 2°) la station thermale proposée doit figurer sur une liste établie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) ou, pour celle située en Italie, offrir des prestations thérapeutiques équivalentes aux stations thermales agréées en France ;
- 3°) l'orientation thérapeutique proposée doit être reconnue à cette station thermale par la C.N.A.M.T.S. ;
- 4°) une demande d'entente préalable doit être adressée au Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État ;
- 5°) les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature sont remplies à la date de la prescription médicale de la cure.

Art. 38.

La demande de prise en charge de la cure thermale est établie sur un imprimé du Service des Prestations Médicales de l'État mentionnant notamment les éléments suivants :

- 1°) la station désignée ;
- 2°) l'orientation thérapeutique pour laquelle est accordée la cure ;
- 3°) la deuxième orientation pour laquelle est accordée la cure lorsque le Médecin Conseil a jugé comme médicalement justifié le traitement thermal d'une seconde affection.

L'accord de prise en charge est délivré pour la durée normale d'une cure thermale, qui est de dix-huit à vingt-et-un jours de traitements effectifs. Une cure thermale interrompue ne peut donner lieu à un remboursement, sauf en cas de force majeure ou pour raisons médicales. Les frais liés à une cure thermale pris en charge sont définis par arrêté ministériel.

Cet accord est valable un an à compter de sa délivrance.

Art. 39.

Dans l'hypothèse d'une cure thermale pour deux affections différentes, le médecin traitant formule ses prescriptions sur le même imprimé.

De même, le Service des Prestations Médicales de l'État ne délivre qu'un seul accord de prise en charge pour :

- 1°) le traitement de l'affection principale ;
- 2°) le traitement de la seconde affection.

Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent même si l'une des affections relève de la législation sur les accidents du travail.

Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à versement d'indemnités journalières.

Sous-section VII

Des frais de transport

Art. 40.

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale de transport ainsi que d'une facture délivrée par le transporteur ou d'un justificatif de transport. La prescription médicale indique :

- 1°) l'état de santé du malade justifiant l'usage du moyen de transport prescrit ;
- 2°) le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du malade.

En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori.

Art. 41.

Sont également pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

- 1°) les transports liés à une hospitalisation, lesquels comprennent l'entrée ou la sortie de l'hôpital, ainsi que le transfert définitif vers un autre établissement de santé ;
- 2°) les transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois.

Art. 42.

Sont soumis à l'accord préalable du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État :

- 1°) les transports dont la distance est supérieure à 50 kilomètres ;

2°) les transports en série.

La base de remboursement des frais de transport est :

- 1°) fixée par arrêté ministériel pour les transports sanitaires effectués en ambulance ou en véhicule sanitaire léger ;
- 2°) définie dans le règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État pour les transports effectués en taxi.

SOUS-CHAPITRE II DES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Section I

Des droits aux prestations en espèces

Art. 43.

L'ouverture des droits aux prestations en espèces est subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- 1°) l'ouverture des droits aux prestations en nature ;
- 2°) la production, dans les conditions prévues aux articles suivants, d'une prescription d'interruption de travail initiale ou d'une prescription de prolongation d'interruption de travail.

Art. 44.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune empêché pour raison de santé de remplir ses fonctions doit, quelle que soit la durée de son absence, en informer sans délai son Chef de Service ou son représentant.

Art. 45.

La prescription d'interruption de travail initiale et la prescription de prolongation d'interruption de travail ont un double volet.

Le volet n° 1 comporte les éléments de diagnostic médical détaillés, consignés par le praticien prescripteur et justifiant l'interruption de travail initiale ou la prolongation d'interruption de travail. Dans le respect du secret médical, ce volet, dûment rempli, doit être adressé directement par le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune, au Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, sous pli fermé.

Le volet n° 2 comporte les préconisations du praticien prescripteur et la prescription d'interruption de travail initiale ou la prescription de la prolongation d'interruption de travail. Il doit être adressé par le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune à son Chef de Service, sous pli fermé.

Les transmissions prévues aux alinéas précédents sont effectuées :

- 1°) en cas d'interruption de travail initiale, dans les quarante-huit heures suivant l'interruption effective des fonctions ;
- 2°) en cas de prolongation de l'interruption de travail, au plus tard quarante-huit heures avant le terme de l'arrêt précédent la nouvelle interruption.

En cas de non-respect de ces délais de transmission, le Service des Prestations Médicales de l'État ne prend pas en charge au titre de la maladie la prescription d'interruption de travail initiale ou sa prolongation.

Art. 46.

La prescription d'interruption de travail initiale et la prescription de prolongation d'interruption de travail sont dûment remplies et établies sur support papier ou télétransmises au Service Médical du Service des Prestations Médicales de l'État.

En cas de télétransmission, un exemplaire papier de l'interruption de travail ou de la prolongation doit être remis par le praticien à l'assuré qui doit adresser les volets n° 1 et n° 2 dans les conditions prévues à l'article 45.

Art. 47.

Le Service des Prestations Médicales de l'État peut, à tout moment, faire procéder à un contrôle médical ou à un contrôle réglementaire du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune en interruption de travail pour raisons médicales, tels que prévus aux articles 67 et 68, 127 et 128.

Les maladies, blessures ou handicaps résultant de la faute intentionnelle de l'intéressé ne peuvent donner lieu à l'attribution de prestations en espèces.

Section II

De la durée d'attribution des prestations en espèces

Sous-section I

Pour les agents de l'État et de la Commune ayant moins de deux ans d'ancienneté

Art. 48.

Les agents de l'État et de la Commune ayant moins de deux ans d'ancienneté ne peuvent être placés qu'en maladie ordinaire.

Art. 49.

Une indemnité journalière correspondant à un demi-traitement leur est versée, à compter du quatrième jour de l'interruption initiale de travail pour raisons médicales.

Sous-section II

Pour les fonctionnaires et les agents de l'État et de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté

Paragraphe I

En cas de maladie ordinaire

Art. 50.

Le congé de maladie ordinaire des fonctionnaires et des agents de l'État et de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté peut atteindre un an sur l'année médicale.

L'année médicale est une période de douze mois consécutifs. Elle est mobile et s'apprécie de date à date pour chaque jour de congé de maladie ordinaire. Tous les jours calendaires sont pris en compte.

Chaque jour de congé de maladie ordinaire est traité indépendamment, quelle que soit la pathologie, et donne lieu au versement d'une indemnité journalière en remplacement du traitement.

Une indemnité journalière correspondant à un plein traitement est versée quand, dans les douze mois précédant ledit jour, le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune de plus de deux ans d'ancienneté n'a pas bénéficié de quatre-vingt-dix jours d'indemnités journalières à plein traitement au titre de la maladie ordinaire.

Une indemnité journalière correspondant à un demi-traitement est versée quand, dans les douze mois précédant ledit jour, le fonctionnaire ou l'agent de l'État et de la Commune de plus de deux ans d'ancienneté a bénéficié de quatre-vingt-dix jours d'indemnités journalières à plein traitement au titre de la maladie ordinaire.

Paragraphe II

En cas de longue maladie

Art. 51.

Lorsqu'il est atteint de l'une des affections figurant sur une liste établie par arrêté ministériel, dûment constatée par un médecin, le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et rendant nécessaire un traitement et des soins prolongés, le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune de deux ans d'ancienneté peut être mis en congé de longue maladie.

Ce congé, d'une durée continue ou fractionnée maximale de mille quatre-vingt-quinze jours calendaires par affection constatée, est prononcé par décision, selon le cas, du Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou du Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune, sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

Art. 52.

Une indemnité journalière correspondant à un plein traitement est versée à compter du premier jour de l'interruption de travail pour raisons médicales pendant une durée de trois cent soixante-cinq jours calendaires.

Elle correspond à un demi-traitement dans la limite de sept cent trente jours calendaires.

Art. 53.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut pas bénéficier d'un autre congé de même nature pour la même pathologie s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an.

Paragraphe III

En cas de maladie de longue durée

Art. 54.

Les groupes d'affections ouvrant droit au fonctionnaire ou à l'agent de l'État ou de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté à un congé de maladie de longue durée sont :

- 1°) les tuberculoses ;
- 2°) les maladies mentales ;
- 3°) les affections cancéreuses ;
- 4°) les poliomyélites ;
- 5°) les déficits immunitaires graves et acquis.

Art. 55.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ayant épuisé ses droits à un congé de longue maladie à plein traitement peut, par décision selon le cas, du Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou du Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune, prise après avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, être :

1°) soit placé en congé de maladie de longue durée d'une durée continue ou fractionnée maximale de mille huit cent vingt-cinq jours calendaires, à la condition qu'il soit atteint d'une pathologie relevant de l'un des groupes d'affections visés à l'article 54, dûment constatée par un médecin et le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ;

2°) soit maintenu en congé de longue maladie à demi-traitement.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune maintenu en congé de longue maladie ne peut plus bénéficier d'un congé de maladie de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a été maintenu en congé de longue maladie, s'il n'a pas repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an.

Art. 56.

Lorsqu'un fonctionnaire ou un agent de l'État ou de la Commune est placé en congé de maladie de longue durée après un congé de longue maladie, la durée du congé de longue maladie s'impute sur la durée du congé de maladie de longue durée.

Lorsqu'un fonctionnaire ou un agent de l'État ou de la Commune est placé en congé de maladie de longue durée au titre d'une pathologie relevant de l'un des groupes d'affections visés à l'article 54, toute nouvelle prescription d'interruption de travail accordée pour la même affection est rattachée audit congé de maladie de longue durée.

Art. 57.

Une indemnité journalière correspondant à un plein traitement est versée, à compter du premier jour de l'interruption de travail pour raisons médicales, pendant une durée de mille quatre-vingt-quinze jours calendaires.

À partir du mille quatre-vingt-seizième jour calendaire, cette indemnité correspond à un demi-traitement dans la limite de sept cent trente jours calendaires.

Art. 58.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté qui a obtenu un congé de maladie de longue durée ne peut pas bénéficier d'un autre congé de même nature pour la même pathologie s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an.

Section III

Du travail à mi-temps pour motif thérapeutique

Art. 59.

Tout fonctionnaire ou agent de l'État ou de la Commune ayant plus de deux ans d'ancienneté et exerçant ses fonctions à temps plein, peut être autorisé, dans les conditions prévues aux articles 60 à 62, à accomplir ses fonctions à mi-temps pour motif thérapeutique.

Cette autorisation est accordée pour une période de trois mois éventuellement renouvelable une fois. Elle est notifiée au fonctionnaire ou à l'agent de l'État ou de la Commune, selon son statut, par le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou par le Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune.

Art. 60.

L'autorisation visée à l'article 59 est délivrée, après accord du Chef de Service, par le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

La demande de travail à mi-temps pour motif thérapeutique et la demande de son éventuel renouvellement peuvent émaner :

- 1°) du médecin traitant, justifiant sa demande par un certificat médical circonstancié ;
- 2°) du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État ;
- 3°) du Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Art. 61.

L'autorisation de travail à mi-temps pour motif thérapeutique, visée à l'article 59, peut être délivrée au terme d'un minimum de six mois consécutifs de l'un des congés suivants :

- 1°) de maladie ordinaire ;
- 2°) de longue maladie ;

- 3°) de maladie de longue durée ;
- 4°) pour accident du travail ;
- 5°) pour maladie professionnelle.

Art. 62.

Pendant la période de travail à mi-temps pour motif thérapeutique, l'assuré est rémunéré sur la base d'un temps plein.

Section IV

Des heures de sorties autorisées du domicile principal pendant une interruption de travail pour raisons médicales

Art. 63.

Pendant une interruption de travail pour maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident du travail ou maladie professionnelle, les heures de sortie du domicile principal, autorisées aux fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune, sont :

- de 7 heures à 9 heures ;
- de 11 heures à 14 heures ;
- de 16 heures à 18 heures.

Ces heures de sorties s'appliquent toute la semaine, y compris les jours fériés, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

Section V

Du séjour au domicile principal pendant une interruption de travail pour raisons médicales

Art. 64.

Pendant une interruption de travail pour maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident du travail ou maladie professionnelle, les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune doivent demeurer à leur domicile principal.

Art. 65.

À titre exceptionnel, les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune peuvent être autorisés par le Chef du Service des Prestations Médicales de l'État, après avis du Médecin Conseil, à séjourner en dehors de leur domicile principal, pendant tout ou partie de la durée de leurs interruptions de travail, dans un but thérapeutique sur prescription du médecin traitant ou pour convenance personnelle justifiée.

Cet accord préalable doit être sollicité par courrier au plus tard trois jours ouvrables avant la date du départ souhaité et être obtenu avant de quitter le domicile principal.

Pendant la durée de leur séjour hors du domicile principal, les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune sont tenus de respecter les heures de sorties autorisées, prévues par l'article 63.

Art. 66.

Les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune autorisés à séjourner hors de leur domicile principal, pendant tout ou partie de la durée de leurs arrêts de travail, peuvent faire l'objet d'un contrôle réglementaire de présence au lieu de résidence indiqué au Médecin Conseil, en dehors des heures de sorties autorisées.

Section VI

Du contrôle réglementaire

Art. 67.

Le contrôle réglementaire au domicile principal des fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune est effectué par un agent visiteur habilité par arrêté ministériel et disposant d'une carte d'identité professionnelle mentionnant cette habilitation.

Art. 68.

L'agent visiteur a pour missions de vérifier, en dehors des heures de sorties autorisées prévues par l'article 63, la présence du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune à son domicile principal et le cas échéant de contrôler qu'il se soumet au traitement médical prescrit.

SOUS-CHAPITRE III

DU MAINTIEN DES DROITS À L'ASSURANCE MALADIE EN CAS DE CESSATION DE FONCTIONS

Art. 69.

Les agents de l'État et de la Commune, qui se trouvent en congé de maladie ordinaire ou de longue maladie ou de maladie de longue durée à la date de la cessation de leurs fonctions en raison du terme de leur contrat, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, bénéficient à compter de ladite date des prestations auxquelles ils avaient droit au titre de ce congé.

Art. 70.

Les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune qui se trouvent en congé de maladie ordinaire ou de longue maladie ou de maladie de longue durée à la date de leur révocation, de leur congédiement ou de leur radiation des effectifs de la Fonction Publique, ou de leur démission, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, peuvent bénéficier d'un maintien de droit d'un mois aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Art. 71.

Le maintien des droits visé à l'article 69 a lieu sous réserve de la communication au Service des Prestations Médicales de l'État par les intéressés, de façon continue et ininterrompue, de leurs prolongations d'interruption de travail.

Toute prolongation de l'interruption de travail doit être transmise à ce Service au plus tard quarante-huit heures avant le terme de l'arrêt précédent la nouvelle interruption.

Art. 72.

Le montant des indemnités journalières, qui sont versées aux bénéficiaires du maintien des droits à l'assurance maladie visé à l'article 69, est, à compter de la date de cessation de fonctions, égal à la moitié de leur traitement.

Les indemnités journalières sont servies dans la limite de :

- 1°) trois cent soixante-cinq jours calendaires à la date à laquelle l'ancien agent a bénéficié d'une mise en congé de maladie ordinaire ;
- 2°) mille quatre-vingt-quinze jours calendaires à compter de la date à laquelle l'ancien agent a bénéficié d'une mise en congé de maladie de longue durée ;
- 3°) trois cent soixante-cinq jours calendaires à compter de la date à laquelle l'ancien agent a bénéficié d'une mise en congé de longue maladie.

CHAPITRE III DE L'INVALIDITÉ

Section I

De l'invalidité pour les fonctionnaires de l'État et de la Commune

Sous-section I
Des conditions de mise à la retraite pour invalidité

Art. 73.

À l'expiration des congés de maladie ordinaire, de longue maladie, de maladie de longue durée, ou si, sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, il est mis fin à ces congés, le fonctionnaire concerné est mis à la retraite pour invalidité dans les conditions cumulatives suivantes :

- 1°) la reprise de son poste ou sa mutation d'office ou son reclassement sur un autre poste est impossible compte tenu de son état général, de ses facultés physiques et mentales, de son âge, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle ainsi que de ses facultés de réadaptation professionnelle ;
- 2°) il présente une incapacité physique permanente réduisant d'au moins 60% sa capacité résiduelle de gain.

Art. 74.

Le fonctionnaire victime d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions peut être mis à la retraite pour invalidité lorsqu'après consolidation de son accident, il présente cumulativement :

- 1°) une incapacité physique permanente supérieure ou égale à 60 % et un état de santé ne lui permettant pas de remplir son poste ou, après mutation d'office ou reclassement, un autre poste pour lequel il serait reconnu apte ;
- 2°) une incapacité physique permanente réduisant d'au moins 60 % sa capacité résiduelle de gain.

Il en est de même en cas de maladie contractée ou aggravée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Le fonctionnaire victime d'un accident ou d'une maladie survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions bénéficie du remboursement, à 100 % du tarif de remboursement en vigueur, des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident ou la maladie, et conserve son traitement jusqu'à sa mise à la retraite pour invalidité.

Sous-section II

De la procédure de mise à la retraite pour invalidité

Art. 75.

Sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, la mise à la retraite pour invalidité est prononcée par ordonnance souveraine pour le fonctionnaire de l'État et par arrêté municipal pour le fonctionnaire de la Commune, et notifiée à ceux-ci, selon leur statut, par le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou par le Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune.

Art. 76.

Toute réclamation éventuelle concernant la décision notifiée par le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou le Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune, prise après avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités en matière d'invalidité doit, à peine de forclusion, être introduite par le fonctionnaire de l'État ou de la Commune intéressé dans les quinze jours suivant la notification de cette décision. Cette réclamation est adressée par l'intéressé, selon son statut, à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou au Service de Gestion des Personnels de la Commune. Elle est accompagnée, sous pli cacheté à l'attention de la Commission Médicale Supérieure, d'une lettre mentionnant les motifs sur lesquels elle s'appuie.

La Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou le Service de Gestion des Personnels de la Commune en saisit le Chef du Service des Prestations Médicales de l'État. Dans les quinze jours au plus tard suivant la réception de cette réclamation, le Médecin Conseil de cette entité doit convoquer la Commission Médicale Supérieure.

Section II
De l'invalidité pour les agents de l'État et de la Commune

Art. 77.

À l'expiration des congés de maladie ordinaire, de longue maladie, de maladie de longue durée, ou si, sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, il est mis fin à ces congés, l'agent concerné bénéficie de l'assurance invalidité aux conditions cumulatives suivantes :

- 1°) la reprise de son poste ou sa mutation ou son reclassement sur un autre poste est impossible compte tenu de son état général, de ses facultés physiques et mentales, de son âge, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle ainsi que de ses facultés de réadaptation professionnelle ;
- 2°) il présente une incapacité physique permanente réduisant d'au moins 60 % sa capacité résiduelle de gain.

Art. 78.

L'assurance invalidité a pour objet d'accorder aux agents une pension en compensation de la perte de traitement qui résulte de la réduction de leur capacité de travail. Cette pension ne peut donc être attribuée qu'à l'assuré à l'exclusion de ses ayants droit.

Art. 79.

À défaut d'initiative de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, l'agent peut demander par le biais de son médecin traitant le bénéfice des prestations prévues en cas d'invalidité.

Cette demande doit, sous peine d'irrecevabilité, être présentée auprès du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État dans les douze mois qui suivent, selon le cas, à la date :

- 1°) de la consolidation de la blessure ;
- 2°) de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette dernière résulte d'une usure prématurée de l'organisme ;
- 3°) de la stabilisation de l'état de santé de l'agent ;
- 4°) de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie, ou la date à laquelle ces prestations ont cessé d'être servies.

Sous-section I
Des conditions d'attribution d'une pension d'invalidité

Art. 80.

Pour avoir droit aux prestations prévues en cas d'invalidité, l'agent doit satisfaire aux conditions suivantes :

- 1°) être âgé de moins de 60 ans ou, pour les assurés ne pouvant faire valoir un droit à l'une des pensions de retraite de base ou complémentaire acquises du chef d'une activité salariée exercée à Monaco ou dans l'un des pays signataires avec la Principauté d'une convention internationale de sécurité sociale, être âgé de moins de 62 ans ;
- 2°) présenter une incapacité physique permanente le mettant hors d'état de se procurer, dans quelque profession que ce soit un gain supérieur au tiers de la rémunération perçue par les agents de la même catégorie professionnelle pour une réduction de la capacité résiduelle de gain égale ou supérieure à deux tiers, dans l'emploi qu'il occupait avant le début de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la première constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ;
- 3°) justifier de douze mois valables d'immatriculation pendant les quinze mois qui précèdent celui au cours duquel se situe la date à prendre en considération parmi celles visées au chiffre 2 du présent article, et d'une immatriculation produisant effet au moment de la demande de pension ;
- 4°) justifier d'au moins huit cents heures de travail au cours des quatre trimestres civils précédant la date à prendre en considération parmi celles visées sous le

chiffre 2 du présent article dont deux cents heures au moins au cours du dernier de ces trimestres.

Par dérogation au chiffre 3 de l'alinéa précédent, lorsque la demande de prestations d'invalidité est présentée dans les douze mois qui suivent la date à laquelle l'immatriculation a cessé de produire effet, le droit aux prestations peut être ouvert aux conditions cumulatives suivantes :

- 1°) rapporter la preuve que la cause de l'invalidité se situe au cours d'une période d'immatriculation ;
- 2°) l'intéressé ne remplisse pas les conditions d'ouverture du droit au regard d'un autre organisme.

Sous-section II

De la procédure d'attribution d'une pension d'invalidité

Art. 81.

La pension d'invalidité prend effet et se substitue aux prestations en espèces prévues en cas de maladie à compter de la date à laquelle a été fixée la consolidation de la blessure ou la stabilisation de l'état de l'assuré ou la première constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Art. 82.

Toute réclamation éventuelle concernant la décision de mise en invalidité notifiée par le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou le Chef du Service de Gestion des Personnels de la Commune, prise après avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités doit, à peine de forclusion, être introduite par l'agent de l'État ou de la Commune intéressé dans les quinze jours suivant la notification de cette décision.

Cette réclamation est adressée par l'intéressé, selon le cas, à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou au Service de Gestion des Personnels de la Commune. Elle est accompagnée, sous pli cacheté à l'attention de la Commission Médicale Supérieure, d'une lettre mentionnant les motifs sur lesquels elle s'appuie.

La Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou le Service de Gestion des Personnels de la Commune en saisit le Chef du Service des Prestations Médicales de l'État. Dans les quinze jours au plus tard suivant la réception de cette réclamation, le Médecin Conseil de cette entité doit convoquer la Commission Médicale Supérieure.

Sous-section III

Du montant de la pension d'invalidité

Art. 83.

Le calcul et le paiement de la pension d'invalidité sont assurés, selon le cas, par la Direction du Budget et du Trésor ou le Service de Gestion des Personnels de la Commune.

Sous-section IV

De la modification de la situation de l'invalidé

Art. 84.

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire. Elle est susceptible de révision par la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités en fonction de l'évolution de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Art. 85.

Le service de la pension est suspendu ou supprimé lorsqu'il est médicalement constaté par la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités que l'agent est en condition physique de se procurer, dans une profession quelconque, une rémunération supérieure à la moitié de celle perçue par un agent de la catégorie professionnelle à laquelle il appartenait avant l'interruption du travail.

En cas de départ pour résider en dehors de la Principauté, de la France et de l'Italie, la pension est suspendue.

En cas de reprise d'une activité, la pension peut être suspendue en tout ou partie.

Art. 86.

Le Service des Prestations Médicales de l'État peut à tout moment solliciter l'examen médical de l'intéressé par le Médecin Conseil afin qu'il apprécie si l'état d'invalidité se justifie.

La pension d'invalidité est suspendue si l'agent refuse de se soumettre à la visite de contrôle du Médecin Conseil visée à l'alinéa précédent.

Art. 87.

La pension d'invalidité est maintenue au-delà de l'âge de soixante ans.

Dans ce cas, le montant de toute pension ou avantage de vieillesse auquel l'invalidé peut prétendre dans le cadre d'un régime général, légal ou conventionnel est déduit de celui de la pension d'invalidité, à l'exclusion des retraites dites complémentaires ou supplémentaires acquises dans le cadre d'un régime conventionnel.

Sous-section V

Des prestations en nature en matière d'invalidité

Art. 88.

La prise en charge des prestations en nature des assurances maladie et maternité est assurée par l'État de résidence de l'agent placé en invalidité.

Le titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit sans limitation de durée au profit de ses ayants droit aux prestations en nature prévues en cas de maladie et en cas de maternité.

Il bénéficie personnellement de la prise en charge au taux de 100% du tarif de remboursement en vigueur quelle que soit la nature de l'affection au titre de laquelle les prestations sont demandées.

Le droit aux prestations en nature est maintenu en cas de suspension du service de la pension pour raisons médicales ou administratives.

CHAPITRE IV DE LA MATERNITÉ

Section I

Des conditions d'ouverture des droits et des bénéficiaires

Art. 89.

Les bénéficiaires des prestations prévues en cas de maternité sont :

- 1°) la femme fonctionnaire ou agent de l'État ou de la Commune ;
- 2°) l'épouse ou la partenaire d'un contrat de vie commune, ayant droit du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune.

En cas de mariage postérieur à la conception ou à la naissance de l'enfant, le droit à ces prestations peut s'ouvrir du chef de l'assuré à compter de la date de célébration du mariage.

Si le mari ayant la qualité d'assuré décède avant la première constatation médicale de la grossesse, les conditions d'ouverture du droit aux prestations en cas de

maternité prévues à l'article 90 sont appréciées à la date du décès.

Les prestations prévues au titre de la maternité ne sont pas dues en cas de naissance d'un enfant mort-né avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée et ayant un poids de moins de cinq cents grammes. Les prestations sont alors servies au titre de l'assurance maladie.

Art. 90.

Le droit aux prestations en cas de maternité est apprécié à la date de début de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, sauf cas particuliers.

Cette date est déterminée par le médecin ou la sage-femme ayant effectué l'examen médical.

La date présumée du début de la grossesse est celle du deux cent soixante-dixième jour qui précède le jour prévu pour l'accouchement.

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la maternité, les fonctionnaires et les agents de l'État et de la Commune doivent :

1°) justifier d'un mois valable d'immatriculation au cours des trois mois qui précèdent celui au cours duquel se situe la date présumée du début de la grossesse et d'une immatriculation n'ayant pas cessé de produire effet pendant l'entière durée de la période comprise entre le début de la grossesse et sa première constatation médicale ;

2°) avoir travaillé quatre-vingt-cinq heures au minimum pendant chacun des mois de la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel se situe le début de la grossesse et le premier jour du mois au cours duquel est intervenue la première constatation de la grossesse.

Section II

Des prestations en nature

Art. 91.

Les prestations en nature prévues en cas de maternité sont :

1°) le remboursement des honoraires afférents à la première constatation de la grossesse ;

2°) la délivrance d'un carnet de maternité ;

3°) le remboursement des examens médicaux prénataux et postnataux, mentionnés dans ledit carnet, dont la liste est fixée par arrêté ministériel ;

4°) le remboursement des fournitures orthopédiques nécessitées par la grossesse ;

5°) le remboursement des frais de séjour, à l'hôpital ou à la clinique, relatifs à l'accouchement.

Ces prestations sont exonérées du ticket modérateur et remboursées en application des nomenclatures en vigueur.

Sous-section I

De la déclaration de grossesse

Art. 92.

La déclaration de grossesse doit parvenir au Service des Prestations Médicales de l'État avant le dernier jour calendaire de la quatorzième semaine de la grossesse pour obtenir la prise en charge par ce Service des divers frais liés à la maternité.

Sous-section II

Du carnet de maternité

Art. 93.

Le carnet de maternité, délivré par le Service des Prestations Médicales de l'État, lui permet de vérifier que la surveillance médicale de la mère et de l'enfant a été effectuée dans les conditions requises.

Aucun changement ultérieur dans la situation de la femme ayant la qualité d'assurée ou d'ayant droit ne peut remettre en cause le remboursement des diverses prestations en nature prévues dans ce carnet.

Sous-section III

Des frais pharmaceutiques

Art. 94.

Les médicaments prescrits durant la grossesse font l'objet d'un remboursement au titre de l'assurance maladie, sous réserve que la femme ouvre des droits à ce titre.

Sous-section IV

De la préparation à l'accouchement

Art. 95.

Les séances préparatoires à l'accouchement psychoprophylactique prévues au carnet de maternité, au nombre de huit au maximum, doivent être effectuées par un médecin ou une sage-femme au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Sous-section V

Des frais d'accouchement

Art. 96.

Les frais médicaux d'accouchement sont remboursés en application des nomenclatures en vigueur.

Section III

Des prestations en espèces

Sous-section I

Des conditions générales d'attribution du congé de maternité

Art. 97.

L'assurée en état de grossesse reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail durant la période d'indemnisation.

Le point de départ de l'indemnisation se situe à la date d'interruption effective du travail, durant les congés prénatal et postnatal, selon les dispositions prévues, selon le cas, par arrêté ministériel ou arrêté municipal.

Sous-section II

Du congé pathologique prénatal et postnatal

Art. 98.

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations prévues en cas de maladie sont appréciées, selon le cas :

1°) à la date de la première constatation médicale, lorsqu'un état pathologique résulte de la grossesse ;

2°) à la date de l'accouchement, lorsqu'un état pathologique résulte des couches.

Toutefois, lorsque la constatation médicale de l'état pathologique imputable à la maternité intervient après la période de dix semaines de repos postnatal et alors que l'intéressée n'a pas repris son activité, le droit aux prestations prévues en cas de maladie ne s'ouvre que si cette constatation médicale a eu lieu dans le mois qui suit l'expiration de la période légale de congé postnatal.

Art. 99.

Si un état pathologique, attesté par un certificat médical comme résultant d'une grossesse pathologique ou de couche pathologique, le nécessite, et après accord du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, la durée totale du congé de maternité est augmentée conformément aux dispositions prévues, selon le cas, par arrêté ministériel ou arrêté municipal.

Art. 100.

Durant les congés prénataux et postnataux, les indemnités journalières versées correspondent :

- 1°) à un plein traitement pour les femmes fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune, ayant plus de deux ans d'ancienneté ;
- 2°) à 90 % du traitement pour les femmes agents de l'État et de la Commune, ayant moins de deux ans d'ancienneté.

Sous-section III

De l'interruption de grossesse pour raisons médicales

Art. 101.

L'interruption de grossesse pratiquée dans les conditions définies au paragraphe II de l'article 248 du Code pénal donne lieu à une prise en charge au titre de la maladie par le Service des Prestations Médicales de l'État.

Section IV

Du maintien des droits à l'assurance maternité en cas de cessation de fonctions

Art. 102.

Les femmes agents de l'État et de la Commune, qui se trouvent en congé de maternité à la date de la cessation de leurs fonctions dans le secteur public en raison du terme de leur contrat, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, bénéficient à compter de ladite date des prestations auxquelles elles ouvriraient droit au titre de l'assurance maternité.

Si le terme du contrat est lié à un congédiement, les femmes agents de l'État et de la Commune ouvrent droit à ce maintien.

En cas de démission, ce maintien des droits n'a pas lieu.

Art. 103.

Les femmes fonctionnaires de l'État et de la Commune, qui se trouvent en congé de maternité à la date de leur révocation, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, bénéficient à compter de ladite date du maintien des droits à l'assurance maternité.

En cas de démission, ce maintien des droits n'a pas lieu.

Art. 104.

Le montant des indemnités journalières qui leur est versé, à compter du jour de la cessation de leurs fonctions, est égal à la moitié du traitement qui leur était réglé avant celle-ci.

Les indemnités journalières sont servies durant la totalité du congé de maternité initialement défini.

Art. 105.

Seules les prestations en nature définies à l'article 91 sont prises en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État.

CHAPITRE V DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Art. 106.

Les dispositions visées au présent chapitre ne sont pas applicables aux fonctionnaires et aux agents de la Commune.

Art. 107.

Le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État est seul compétent pour accepter ou refuser la prise en charge d'un accident au titre du risque accident du travail.

À la demande du Chef du Service des Prestations Médicales de l'État, une enquête administrative peut être réalisée, notamment pour vérifier les circonstances de l'accident et les déclarations de l'assuré. Cette enquête est réalisée par l'agent visiteur habilité conformément à l'article 67.

Art. 108.

Est considéré comme accident du travail, le fait accidentel survenu au fonctionnaire ou à l'agent de l'État par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, en quelque lieu que celui-ci s'effectue.

Est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu au fonctionnaire ou à l'agent de l'État alors qu'il se rend de sa résidence ou du lieu où il prend habituellement ses repas au lieu de son travail et inversement, à la condition qu'il ne se soit pas détourné du parcours normal ou qu'il ne l'ait pas interrompu pour un motif étranger à son emploi.

Aucune des indemnités prévues par la présente ordonnance ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Section I

De la déclaration d'accident du travail

Art. 109.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État doit :

- 1°) dans la journée où l'accident se produit ou, au plus tard, dans les quarante-huit heures, déclarer ou faire déclarer l'accident à son Chef de Service ou son représentant, par tout moyen ;
- 2°) consulter le plus rapidement possible un médecin qui établira un certificat médical indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident, notamment la période d'arrêt de travail ou de soins.

La déclaration d'accident du travail est établie sur un formulaire dédié dûment rempli par le Chef de Service ou son représentant. Elle doit être adressée au Service des Prestations Médicales de l'État dans les quarante-huit heures à compter du moment où ce dernier a connaissance de l'accident, accompagnée du certificat médical initial.

Section II

Des prestations en nature et en espèces

Art. 110.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État victime d'un accident du travail bénéficie du remboursement à 100 % du tarif de remboursement en vigueur des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident du travail.

En cas d'interruption de travail validée par le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, il conserve son plein traitement jusqu'à la reprise du travail ou jusqu'au jour du décès.

En cas de décès de la victime suite à l'accident du travail, la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique supporte les frais funéraires. Leur taux maximum de remboursement est fixé par arrêté ministériel.

Section III De la procédure

Art. 111.

La non-reconnaissance médico-administrative du caractère professionnel de l'accident est notifiée à la victime par le Service des Prestations Médicales de l'État. Si cette non-reconnaissance a été prononcée pour des motifs d'ordre médical, le recours de la victime est la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

Pour saisir ladite commission, la victime doit adresser sa contestation par simple courrier au Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État.

Art. 112.

Tout certificat de prolongation d'arrêt de travail ou de prolongation de soins est rempli par le médecin traitant et doit être transmis au Service des Prestations Médicales de l'État obligatoirement au plus tard quarante-huit heures avant l'expiration du précédent.

En l'absence de ce document, l'état de santé de la victime est considéré comme guéri et son dossier accident du travail est clos.

Art. 113.

Le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État conserve en toutes circonstances l'initiative en matière de guérison ou de consolidation de l'état de santé du fonctionnaire ou de l'agent de l'État victime d'un accident du travail.

Tout certificat de guérison ou de consolidation établi par le médecin traitant de la victime doit être transmis par cette dernière au Médecin Conseil dudit Service dans les quarante-huit heures.

Art. 114.

Après examen préalable de la victime ou de son dossier, le Médecin Conseil propose à la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités, selon le cas, de prononcer :

- 1°) la guérison de l'état de santé de la victime ;
- 2°) la consolidation sans incapacité partielle permanente ;
- 3°) la consolidation avec incapacité partielle permanente.

Art. 115.

Le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, suivant un barème minimum d'invalidité établi par arrêté ministériel, après avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

Section IV De la rente d'accident du travail

Art. 116.

Lorsque le fonctionnaire ou l'agent de l'État, victime d'un accident du travail, est atteint d'une incapacité partielle permanente, il lui est alloué une rente sur avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

Cette Commission est également compétente pour émettre un avis sur la révision de la rente ou sa suspension.

L'attribution d'une rente, sa révision ou sa suspension est notifiée par la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique au fonctionnaire ou à l'agent de l'État concerné.

Art. 117.

Toute réclamation éventuelle concernant la décision du Directeur des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique, prise après avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités en matière d'accident du travail doit, à peine de forclusion, être introduite par le fonctionnaire ou l'agent de l'État intéressé dans les quinze jours suivant la notification de cette décision.

Elle doit être adressée par l'intéressé à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique, accompagnée, sous pli cacheté à l'intention de la Commission Médicale Supérieure, des motifs sur lesquels elle s'appuie.

Cette Direction en saisit le Chef du Service des Prestations Médicales de l'État. Dans les quinze jours au plus tard suivant la réception de cette réclamation, le Médecin Conseil de ce Service doit convoquer la Commission Médicale Supérieure.

Art. 118.

Le montant de la rente d'accident du travail est fonction du taux d'incapacité partielle permanente et du traitement de la victime.

Le calcul et le paiement, par trimestre et à terme échu, de cette rente sont assurés par le Service des Prestations Médicales de l'État à compter de la date de consolidation de la blessure ou de l'état de santé du fonctionnaire ou de l'agent.

La rente est incessible et insaisissable.

Art. 119.

Dans le cas où l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire ou la nécessité d'un traitement médical, le service de la rente, s'il en a été alloué une, est suspendu pendant cette période.

Art. 120.

La rente allouée à la victime de l'accident peut, après l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de consolidation, être remplacée en totalité ou en partie, par un capital, à la demande de la victime.

Lorsqu'en application de l'arrêté ministériel n° 59-334 relatif au rachat des rentes dues au titre des accidents du travail, le rachat porte sur la totalité de la rente, celui-ci ne peut être effectué que si le degré d'incapacité est au plus égal à 10 %.

Le Service des Prestations Médicales de l'État statue sur la demande de rachat qui doit lui être adressée dans les trois mois qui suivent le délai de cinq ans visé à l'alinéa premier du présent article.

Section V Du maintien des droits à l'assurance accident du travail en cas de cessation de fonctions

Art. 121.

Les agents de l'État, qui se trouvent en interruption de travail, à la suite d'un accident du travail, à la date de la cessation de leurs fonctions dans le secteur public en raison du terme de leur contrat, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, bénéficient à compter de ladite date des prestations auxquelles ils avaient droit au titre de cette interruption de travail.

Si le terme du contrat est lié à un congédiement, les agents de l'État ouvrent droit à ce maintien.

En cas de démission, ce maintien des droits n'a pas lieu.

Art. 122.

Les fonctionnaires de l'État, qui se trouvent en interruption de travail, à la suite d'un accident du travail, à la date de leur révocation, sans ouvrir droit à perception immédiate de retraite, bénéficient à compter de ladite date du maintien des droits à l'assurance accident du travail.

En cas de démission, ils ne disposent pas de ce maintien des droits.

Art. 123.

Ce maintien de droit a lieu sous réserve de la communication au Service des Prestations Médicales de l'État par les intéressés, de façon continue et ininterrompue, de leurs prolongations d'interruption de travail.

Toute prolongation de l'interruption de travail doit être transmise à ce Service au plus tard quarante-huit heures avant le terme de l'arrêt précédant la nouvelle interruption.

Le montant des indemnités journalières qui leur est versé est égal à celui initialement réglé avant la cessation de fonctions.

Les indemnités journalières sont servies jusqu'à la guérison ou la consolidation des intéressés.

Art. 124.

Les prestations en nature liées audit accident du travail sont prises en charge par le Service des Prestations Médicales de l'État jusqu'à la guérison ou la consolidation des intéressés.

CHAPITRE VI DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Art. 125.

Les dispositions particulières en matière d'accidents du travail visées par la présente ordonnance sont étendues aux maladies professionnelles.

Art. 126.

Sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques prévues par les dispositions en vigueur lorsqu'elles atteignent des fonctionnaires et des agents de l'État et de la Commune habituellement occupés aux missions correspondantes.

CHAPITRE VII DU CONTRÔLE MÉDICAL SOUS-CHAPITRE I DU CONTRÔLE MÉDICAL PAR LE MÉDECIN CONSEIL

Art. 127.

Les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune doivent se prêter aux contrôles médicaux que le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État estime nécessaires.

Section I Des prestations en nature

Art. 128.

Le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État est habilité à contrôler la justification et la conformité, aux dispositions en vigueur en matière d'assurance maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle, de toutes les prestations en nature faisant l'objet d'une demande de remboursement par ledit Service.

Section II Des prestations en espèces

Art. 129.

Le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État contrôle :

- 1°) la justification médicale de l'interruption de travail pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle des fonctionnaires et agents de l'État ;
- 2°) la justification médicale de l'interruption de travail pour maladie des fonctionnaires et agents de la Commune ;
- 3°) la durée de l'interruption de travail pour les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune.

Après analyse des dossiers des fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune et des informations en sa possession, il juge de l'opportunité :

- 1°) de convoquer les intéressés au Service des Prestations Médicales de l'État pour effectuer un contrôle médical ;
- 2°) de faire procéder à un contrôle réglementaire au domicile principal des intéressés par un agent visiteur habilité conformément à l'article 67.

Art. 130.

Les contrôles sont décidés par le Médecin Conseil en fonction d'un ou de plusieurs des critères suivants :

- 1°) le type de pathologie précisé sur la prescription d'interruption de travail ;
- 2°) la durée de l'interruption de travail prescrite ;
- 3°) l'absentéisme répété ;
- 4°) l'absence au domicile principal lors d'un contrôle de présence antérieur ;
- 5°) une demande de contrôle a été formulée.

La demande visée au chiffre 5 est adressée par le Chef de Service du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune, au Service des Prestations Médicales de l'État.

Art. 131.

En cas d'interruption de travail pour raisons médicales de moins de vingt-et-un jours calendaires, le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune peut, à son initiative, reprendre le travail avant la date prévue par le médecin traitant sur l'imprimé d'interruption de travail pour raisons médicales.

Il doit impérativement en informer son Chef de Service et le Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, au plus tard le dernier jour ouvré précédant la date envisagée de reprise anticipée.

Art. 132.

Après une interruption de travail pour raisons médicales de plus de vingt-et-un jour calendaire, suite à un ou plusieurs arrêts de travail consécutifs, le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune doit se soumettre à une visite médicale de reprise effectuée par le Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail. Il ne peut reprendre son poste qu'après avis favorable notifié à l'intéressé par ledit praticien.

Cette formalité est également obligatoire en cas de reprise anticipée volontaire ou décidée par le Médecin Conseil au-delà de vingt-et-un jours calendaires d'interruption de travail.

Le Chef de Service d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune en interruption de travail pour raisons médicales ne peut le laisser reprendre son travail avant que l'intéressé ne lui ait présenté cet avis.

Art. 133.

Le départ en congé administratif du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune, consécutivement à une absence pour raisons médicales, n'est autorisé qu'après avis favorable notifié à l'intéressé par le Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Cette mesure n'est applicable qu'à l'absence pour raisons médicales supérieure à quatre jours calendaires.

L'avis doit être sollicité par l'intéressé auprès du Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail au plus tard trois jours ouvrés avant la date du début de ses congés administratifs.

Le Chef de Service d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune en interruption de travail pour raisons médicales ne peut autoriser ce congé administratif avant que l'intéressé ne lui ait présenté cet avis.

Art. 134.

Le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune en congé pour maladie ordinaire d'une durée supérieure à six mois ou en congé de longue maladie ou en congé de maladie de longue durée, ne peut reprendre l'exercice de ses fonctions que sur avis favorable de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités.

SOUS-CHAPITRE II DU CONTRÔLE MÉDICAL PAR LE DENTISTE CONSEIL

Section I

Des prestations en nature

Art. 135.

Le Dentiste Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État est habilité à contrôler la justification et la conformité aux dispositions en vigueur en matière d'assurance maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle de toutes les prestations en nature faisant l'objet d'une demande de remboursement par ledit Service.

Section II

Des prestations en espèces

Art. 136.

Le Dentiste Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État contrôle pour les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune :

1°) la justification médicale de leur interruption de travail pour soins et pathologies dentaires ;

2°) la durée de leur interruption de travail pour soins et pathologies dentaires.

SOUS-CHAPITRE III DU CONTRÔLE MÉDICAL PAR LE PRATICIEN DE LA MÉDECINE PREVENTIVE DU TRAVAIL

Art. 137.

Les fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune sont soumis à un contrôle médical périodique par le Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Ce contrôle a pour objet, au moyen d'un examen approfondi annuel de surveiller l'état de santé du fonctionnaire ou de l'agent de l'État ou de la Commune, de constater s'il est médicalement apte à remplir ses fonctions et de déceler, le cas échéant, s'il est atteint d'affections pathologiques et en particulier d'affections contagieuses ou dangereuses pour les tiers.

Art. 138.

Conformément à l'article 132, le Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail juge de l'aptitude au travail des fonctionnaires et agents de l'État et de la Commune.

SOUS-CHAPITRE IV DES COMMISSIONS MÉDICALES

Art. 139.

Le Service des Prestations Médicales de l'État est chargé de convoquer la Commission Médicale de Recrutement, la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités et la Commission Médicale Supérieure.

Il en assure le secrétariat.

Les réunions de ces commissions se tiennent dans ses locaux.

Art. 140.

Les commissions médicales mentionnées à l'article précédent peuvent faire effectuer tous les examens et analyses nécessaires et requérir la consultation de tous experts qualifiés.

Elles peuvent entendre le médecin traitant du fonctionnaire ou de l'agent, à sa requête ou à celle de son mandataire.

Art. 141.

Les médecins appelés à faire partie des commissions médicales sont choisis sur une liste établie par arrêté ministériel.

Ils demeurent soumis au code de déontologie de leur ordre et sont tenus de se récuser dans les hypothèses suivantes :

1°) lorsqu'ils sont les médecins traitants de l'agent examiné dans le cadre de la procédure de nomination en qualité de fonctionnaire et de titularisation sur son poste ;

2°) lorsqu'ils sont les médecins traitants du fonctionnaire ou de l'agent de l'État et de la Commune examiné.

Section I

De la Commission Médicale de Recrutement

Art. 142.

La Commission Médicale de Recrutement est chargée d'apprécier la santé et l'aptitude physique d'un agent de l'État ou de la Commune au poste qu'il occupe dans le cadre de la procédure de nomination en qualité de fonctionnaire et de titularisation de l'intéressé sur ledit poste.

Art. 143.

Cette commission est composée :

- 1°) du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, qui la préside avec voix prépondérante en cas de partage des voix ;
- 2°) de deux praticiens de médecine générale, l'un d'eux étant, si besoin, remplacé par un praticien spécialiste ;
- 3°) d'un Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Section II

De la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités

Art. 144.

La Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités rend des avis sur :

- 1°) le maintien en congé de maladie d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune qui, à l'expiration d'une interruption de travail initiale pour raisons médicales, n'est pas en mesure de reprendre ses fonctions ;
- 2°) le placement d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune en congé de longue maladie ou en congé de maladie de longue durée ou sur le renouvellement d'un tel congé ;
- 3°) la reprise de travail d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune ayant obtenu un congé de maladie ordinaire supérieur à six mois, un congé de longue maladie ou un congé de maladie de longue durée ;
- 4°) l'incapacité d'un fonctionnaire ou d'un agent de l'État ou de la Commune à reprendre ses fonctions ou à obtenir une prolongation d'interruption de travail à l'expiration d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie ou d'un congé de maladie de longue durée ;
- 5°) la fin de l'un des congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de maladie longue durée ;
- 6°) l'attribution d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, sa révision ou sa suspension.

Art. 145.

La Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités est composée :

- 1°) du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, qui la préside, avec voix prépondérante en cas de partage des voix ;
- 2°) de deux praticiens de médecine générale, l'un d'eux étant, si besoin, remplacé par un praticien spécialiste de l'affection ou de l'infirmité dont est atteint le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ;
- 3°) d'un Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Lorsque cette Commission est réunie pour rendre des avis prévus aux chiffres 4, 5 et 6 de l'article 144 et que ces avis concernent un fonctionnaire, elle s'adjoint, avec voix consultative, un représentant de l'Administration et un représentant des fonctionnaires faisant partie de la Commission Paritaire, instituée par les statuts des fonctionnaires de l'État et de la Commune, correspondant à la catégorie des emplois permanents de l'État et de la Commune dont relève l'intéressé.

Section III

De la Commission Médicale Supérieure

Art. 146.

La Commission Médicale Supérieure est chargée de connaître des contestations portant sur des décisions notifiées par la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de la Fonction Publique ou le Service de Gestion des Personnels de la Commune sur la base des avis du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État ou de l'une des deux commissions visées aux articles précédents.

Art. 147.

La Commission Médicale Supérieure est composée :

- 1°) d'un Médecin Inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire, qui la préside, avec voix prépondérante en cas de partage des voix ;
- 2°) du Médecin Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État, avec voix consultative ;
- 3°) de deux praticiens de médecine générale ou, si besoin, d'un praticien de médecine générale et d'un praticien spécialiste de l'affection ou de l'infirmité dont est atteint le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ;
- 4°) d'un Praticien de la Médecine préventive du travail relevant de l'Office de la Médecine du Travail.

Les praticiens de médecine générale et de la médecine préventive du travail susvisés ne peuvent être désignés parmi ceux ayant siégé dans la commission dont l'avis est contesté.

Lorsque la contestation vise un avis de la Commission Médicale des Congés de Maladie et des Invalidités réunie dans la formation prévue au dernier alinéa de l'article 145 et que cette proposition concerne un fonctionnaire, la Commission Médicale Supérieure s'adjoint, avec voix consultative, un représentant de l'Administration et un représentant des fonctionnaires faisant partie de la Commission Paritaire, instituée par les statuts des fonctionnaires de l'État et de la Commune, correspondant à la catégorie des emplois permanents de l'État et de la Commune dont relève l'intéressé.

CHAPITRE VIII

DES ACCIDENTS DE DROIT COMMUN

Art. 148.

L'accident de droit commun est un accident dont le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune ou ses ayants droit sont les victimes et qui a été provoqué, volontairement ou non, par une tierce personne.

Ce tiers, responsable de l'évènement, peut être une personne physique ou une personne morale.

Art. 149.

Les accidents de droit commun sont gérés par le Service des Prestations Médicales de l'État qui verse à l'assuré les prestations médicales en espèces et en nature en lien avec son accident. Ce Service est subrogé dans les droits de la victime pour obtenir, du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurances, le remboursement de tout ou partie des prestations servies dans le cadre de l'accident.

Lorsque l'ouverture du droit à l'assurance invalidité a pour cause l'accident, le montant des pensions d'invalidité futures fait l'objet d'une évaluation forfaitaire incluse dans la demande de remboursement.

Le partage de responsabilité entre la victime et le tiers en cause n'est opposable au Service des Prestations Médicales de l'État que dans la mesure où il a pour effet de réduire le montant de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable et imputable à la réparation des chefs de préjudice ayant donné lieu au service des prestations.

Dans l'hypothèse où la réparation de l'entier préjudice est versée à la victime, celle-ci est tenue de procéder au remboursement des prestations, relatives à l'accident, servies par le Service des Prestations Médicales de l'État.

Art. 150.

Dans les cinq jours suivant la date de l'accident, le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou de la Commune est tenu d'établir une déclaration par l'intermédiaire d'un formulaire dédié du Service des Prestations Médicales de l'État, en précisant que l'accident dont lui ou ses ayants droit ont été victimes est susceptible d'entraîner la responsabilité d'un tiers, en faisant connaître les circonstances de l'accident, le nom du tiers responsable et, le cas échéant, de sa compagnie d'assurances. L'intéressé doit apporter son concours au Service des Prestations Médicales de l'État pour le recouvrement des prestations servies par cette entité.

Art. 151.

L'assuré qui introduit une instance en dommages et intérêts pour avoir réparation du préjudice consécutif à cet accident doit, dans les huit jours de la demande en justice, informer le Service des Prestations Médicales de l'État de cette procédure.

Il conserve contre le tiers responsable tous ses droits et recours pour réparation du préjudice subi par lui, sauf à rembourser au Service des Prestations Médicales de l'État les prestations dont il a été bénéficiaire par application de la présente ordonnance.

Toute transaction intervenue entre l'intéressé et le tiers responsable ne peut être opposée au Service des Prestations Médicales de l'État pour l'exercice de son recours éventuel.

CHAPITRE IX DU FONDS SOCIAL

Art. 152.

Les dispositions visées au présent chapitre ne sont pas applicables aux fonctionnaires et agents de la Commune ainsi qu'aux agents de l'État ayant moins de deux ans d'ancienneté.

Art. 153.

Une aide sociale peut être consentie sur Fonds Social du Service des Prestations Médicales de l'État sous conditions de ressources, visées à l'article 154, aux fonctionnaires et agents de l'État, ayant plus de deux ans d'ancienneté, en activité ou en retraite, pour assurer :

- 1°) le paiement de certaines prestations médicales non prévues à la nomenclature en vigueur ou insuffisamment prises en charge ;
- 2°) une aide financière lorsque le fonctionnaire ou l'agent de l'État ou son conjoint ou son partenaire d'un contrat de vie commune, sans activité professionnelle, ou un de ses ayants droit, étant malade, les revenus du foyer subissent une baisse significative ou sont amputés par des dépenses importantes liées à la maladie ;
- 3°) le paiement des prestations médicales ne résultant pas de la stricte application des réglementations en vigueur ;
- 4°) une prolongation de la couverture médicale par ledit Service durant un mois sur fonds légal et deux mois sur Fonds Social en faveur des fonctionnaires et des agents de l'État en fin de droit à l'égard dudit Service, qui ne justifient pas d'une prise en charge médicale par un autre organisme.

Art. 154.

Pour bénéficier du Fonds Social du Service des Prestations Médicales de l'État, les revenus nets plafonnés du foyer du demandeur ne doivent pas dépasser les plafonds d'intervention du Fonds, fixés chaque année par arrêté ministériel.

Le montant des revenus nets plafonnés du foyer s'entend de la totalité des revenus du foyer déduction faite des dépenses locatives engendrées par la résidence principale du foyer.

Ces dépenses locatives sont plafonnées à 20 % de la totalité des revenus susvisés.

Art. 155.

Le Fonds Social intervient dans les principaux cas suivants :

- 1°) la prise en charge de tout ou partie de la participation financière du fonctionnaire ou de l'agent de l'État dans les cas où l'insuffisance de ses ressources, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses engendrées par la maladie, le justifie ;
- 2°) l'attribution du complément au demi-traitement au fonctionnaire ou à l'agent de l'État, en situation de parent isolé ne vivant pas maritalement, dans l'absolue nécessité de suspendre son travail pour rester au chevet d'un enfant mineur du foyer gravement malade, pour une durée au moins supérieure à une semaine mais n'excédant pas trente-cinq jours ;
- 3°) la participation aux frais de transport ou de séjour de l'accompagnateur lorsque le malade ne peut, en raison de son âge ou de son état de santé, se déplacer en l'absence d'un tiers ;
- 4°) le versement d'un complément à tout fonctionnaire ou agent de l'État, quelle que soit sa situation familiale, dont le traitement est réduit de moitié à la suite d'une maladie dûment constatée ;
- 5°) l'aide aux personnes âgées ou aux malades gravement dépendants de façon définitive ou temporaire, afin de permettre leur maintien ou leur retour à domicile.

Art. 156.

Les demandes d'aides doivent être adressées par courrier au Chef du Service des Prestations Médicales de l'État et être accompagnées par tous les justificatifs nécessaires.

Art. 157.

Sauf en cas d'urgence, en matière médicale, les demandes d'aides doivent être présentées au Chef du Service des Prestations Médicales de l'État avant tout engagement entre le professionnel de santé et le patient ou tout commencement d'acte.

Après instruction du dossier et enquête sociale effectuées par l'Assistant Social du Service des Prestations Médicales de l'État, celui-ci recueille l'avis motivé du Médecin Conseil ou du Dentiste Conseil relevant de cette entité.

Le versement de l'aide accordée intervient, sur décision du Chef du Service des Prestations Médicales de l'État, après exécution de la prestation et contrôle de celle-ci par le Médecin Conseil ou le Dentiste Conseil du Service des Prestations Médicales de l'État.

Le règlement intervient sur présentation à l'Assistant Social de ce Service des justificatifs des sommes dues et des remboursements perçus par le fonctionnaire ou l'agent de l'État.

L'attribution des aides et leur règlement sont effectués par le Service des Prestations Médicales de l'État.

CHAPITRE X DES DISPOSITIONS FINALES

Art. 158.

Les prestations médicales prévues par la présente ordonnance sont incessibles et insaisissables sauf pour le paiement des dettes alimentaires prévues par le Code civil et les dispositions relatives au divorce et à la séparation de corps.

Art. 159.

L'assuré ou son ayant droit qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration ou de tentative de fraude pour obtenir ou faire obtenir des prestations médicales injustifiées, est puni d'une retenue de traitement égale aux sommes détournées ou qu'il aura tenté de détourner, sans préjudice, s'il y a lieu, des sanctions disciplinaires ou des peines résultant de l'application des textes en vigueur.

Lorsque l'assuré ne respecte pas les dispositions visées aux articles 8, 63 à 65 et 127, le Chef du Service des Prestations Médicales de l'État peut, après que l'intéressé ait été entendu en ses explications ou dûment appelé à les fournir, suspendre, réduire ou supprimer le versement des prestations médicales et des indemnités journalières, et ce, sans préjudice, s'il y a lieu, de sanctions disciplinaires.

Art. 160.

Les dispositions du règlement intérieur du Service des Prestations Médicales de l'État, approuvé par arrêté ministériel, sont opposables aux bénéficiaires des prestations médicales servies par cette entité.

En cas d'inobservation des dispositions de ce règlement, le service des prestations est immédiatement suspendu ou refusé.

Art. 161.

Toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance sont et demeurent abrogées.

À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente ordonnance, sont abrogés :

- 1°) l'Ordonnance Souveraine n° 3.387 du 22 janvier 1947 relative aux prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques allouées aux fonctionnaires, agents et employés de l'ordre administratif ;
- 2°) l'arrêté ministériel du 4 février 1947 portant règlement des prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques allouées aux fonctionnaires, modifié, et les arrêtés ministériels le modifiant.

Art. 162.

Les dispositions des articles 106 à 126 s'appliquent aux déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles postérieures à la date de publication de la présente ordonnance au Journal de Monaco.

Pour l'application de l'article 50, seuls sont comptabilisés les jours de congés de maladie ordinaire prescrits postérieurement à ladite date.

Les dispositions des articles suivants s'appliquent aux affections déclarées postérieurement à la date précitée :

- l'article 30 chiffre 4°) premier tiret ;
- l'article 51 ;
- les articles 54 à 56.

Art. 163.

Notre Secrétaire d'État, Notre Directeur des Services Judiciaires et Notre Ministre d'État sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.

Donné en Notre Palais à Monaco, le douze mars deux mille vingt.

ALBERT.

Par le Prince,
Le Secrétaire d'État :
J. BOISSON.