



by Patrizio Fiorilli, CEND

The Commission has just adopted (last Friday) an important Decision for colleagues: ceilings for reimbursement of certain medical expenses have now been increased and reimbursement of fertility treatments expanded. Commission en direct brings you the main points on both.

The increase in reimbursement ceilings directly affects everyone. The Commission has increased the ceilings for medical expenses which concern a large number of beneficiaries, and those for which the reimbursement ceiling was considered particularly outdated.

First, when seeing a general practitioner, you will henceforth be reimbursed up to a maximum of €42, instead of €35 – a 15% increase. In the meantime, the ceilings for consultations with a specialist have increased by almost 30%, from €50 to €64.

The other ceiling increases concern more specific types of medical expenses with a social character, which are equally important: dental prostheses (from €250 to €350), the purchase and/or repair of hearing aids (from €1,500 to €1,800), and incontinence supplies (from €600 to €1,320 a year).

These new ceilings will apply to treatments taking place after the entry into force of the Commission Decision, i.e., as of today.

“ This is a first step, and our review will continue in the future

For Commissioner Hahn these adjusted ceilings are part of the wellbeing policy: *“Caring for colleagues goes much further than ensuring good working conditions; it also includes offering to each individual the right means for their healthcare. This is why we are raising the reimbursement ceilings for certain medical expenses. We are adjusting these ceilings to today’s financial reality. This is a first step, and our review will continue in the future also for other reimbursement ceilings.”*

Fertility treatments

The second update concerns reimbursement of expenses for fertility treatments. In this specific instance, it is not about raising ceilings, but expanding the right to reimbursement to more staff. Until now, such treatments could be reimbursed only when linked to a pathology. But society now recognises the need for broader access to parenthood.

From now on, staff members (or their spouse or registered partner) no longer need to have a fertility issue linked to a pathology for the fertility treatments to be reimbursed by JSIS.

Examples of treatments that are now partially reimbursed for all include pharmaceutical and surgical fertility treatments, such as ovulation induction agents, agents to improve sperm quality, laparoscopy, salpingectomy, myomectomy, and in vitro fertilisation. A full list is available in the Decision (link below).

However, for both pathological and non-pathological cases, there will be no reimbursements for interventions to reverse a voluntary sterilisation or vasectomy. In addition, a maximum of eight attempts at in vitro fertilisation (IVF) will be covered per beneficiary, with the first IVF attempt having to take place before the beneficiary's 45th birthday. A short transitory period has been foreseen for staff members who were previously not covered, but who have recently started IVF treatments.

Importantly, reimbursement of fertility treatments in cases linked to pathologies will continue to apply largely in the same way as before. The most notable change concerns the number of IVF attempts reimbursed.

These changes will make a major difference to colleagues as they start their families.

- 🏠 [Decision on general implementing provisions for the reimbursement of medical expenses](#)
- 🏠 [JSIS - Sickness and accident insurance](#)
- 🏠 [JSIS reimbursement page in Staff Matters](#)
- 🏠 [Dental care](#)
- 🏠 [Fertility treatment](#)
- 🏠 [Consultations and visits](#)

- 🏠 [JRC colleagues free to work one day a week on other projects](#)
- 🏠 [Nominations – 27 mars 2024](#)
- 🏠 [Grand Duke and Commissioner Hahn inaugurate new Commission building](#)
- 🏠 [Celebrating 20 years of service in Luxembourg](#)
- 🏠 [Staff Survey 2023 results: staff engagement remains high](#)

[More](#)

- 🏠 [Colleague organises Berlaymont art exhibition honouring his father](#)
- 🏠 [“Amazing”: former colleague’s song from 1979 picked up by Hollywood](#)
- 🏠 [Grand Duke and Commissioner Hahn inaugurate new Commission building](#)
- 🏠 [Celebrating 20 years of service in Luxembourg](#)
- 🏠 [Staff Survey 2023 results: staff engagement remains high](#)





Bruxelles, le 17.11.2023
C(2023) 7673 final

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 17.11.2023

**modifiant la décision C(2007) 3195 portant fixation des dispositions générales
d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 17.11.2023

modifiant la décision C(2007) 3195 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

vu le statut des fonctionnaires de l'Union européenne ainsi que le régime applicable aux autres agents de l'Union européenne («RAA») fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 du Conseil¹, et notamment l'article 72 dudit statut,

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

vu l'avis du comité du personnel,

vu l'avis du comité du statut,

considérant ce qui suit:

- (1) Un régime commun d'assurance maladie (RCAM) a été institué par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne² établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, prévue à l'article 72 du statut, et entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2005.
- (2) Les dispositions générales d'exécution du RCAM fixent les dispositions relatives au remboursement des traitements et services liés à l'infertilité au chapitre 7, point 3, du titre II. Ces dispositions sont fondées sur l'aspect médical des traitements de la fertilité au moment de leur rédaction, et prévoient le remboursement dans le cadre d'une pathologie, c'est-à-dire en rapport avec un traitement de l'hypofertilité et de l'infertilité.
- (3) La perception sociétale et la pratique médicale ont toutes deux beaucoup évolué, puisqu'il est désormais admis que les personnes devraient pouvoir bénéficier d'une procréation médicalement assistée, y compris en dehors d'une pathologie, ainsi que dans le cas des femmes célibataires ou des couples de même sexe. Il importe d'adapter les dispositions générales d'exécution du RCAM à ces évolutions sociétales qui favorisent un large accès à la parentalité.
- (4) La procréation médicalement assistée est à présent remboursée à des degrés divers dans les États membres, notamment en Belgique où environ la moitié des affiliés au RCAM résident.
- (5) Il convient de simplifier les règles actuelles en supprimant la condition préalable de pathologie pour l'accès à la procréation médicalement assistée, dans les cas où cela se justifie, afin de limiter les difficultés administratives et les réclamations liées au remboursement. Il y a lieu d'exclure toutefois les coûts liés à la gestation pour autrui.

¹ JO L 56 du 4.3.1968, p. 1.

² Réglementation arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

- (6) Le nombre limité de bénéficiaires ne compromettrait pas l'équilibre financier du budget du RCAM.
- (7) Il importe de prévoir une période transitoire pour les personnes qui ont commencé un traitement avant l'entrée en vigueur de la présente décision.
- (8) Les plafonds de remboursement fixés dans les DGE n'ont pas été modifiés depuis leur adoption en 2007. Il est donc nécessaire, jusqu'à l'adoption d'un système d'ajustement dynamique des plafonds, de relever des plafonds qui concernent un grand nombre de services et de bénéficiaires, ainsi que ceux qui correspondent à un volume élevé de dépenses et/ou dont le niveau de remboursement n'est manifestement plus adapté,

DÉCIDE:

Article premier

L'annexe de la décision de la Commission du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux³ est modifiée comme suit:

- (a) Au titre II, chapitre 7, le titre est remplacé par le texte suivant:
«Chapitre 7 — Prestations en lien avec la grossesse, l'accouchement et la fertilité (y compris la procréation médicalement assistée)»
- (b) Au titre II, chapitre 7, le point 3 est remplacé par le texte suivant:
«3. Prestations remboursables et services liés aux traitements de la fertilité (y compris la procréation médicalement assistée)

Les prestations et services liés à la fertilité et à la procréation médicalement assistée, qu'ils soient liés à une pathologie ou hors contexte pathologique, peuvent être remboursés selon les conditions prévues dans la présente section et pour autant qu'ils ne soient pas liés à une procédure de stérilisation volontaire que l'un des parents potentiels a pu subir dans le passé.

Les prestations suivantes effectuées auprès des bénéficiaires sont remboursées à 85 %:

3.1 Traitements pharmaceutiques de la fertilité:

- a) agents d'induction de l'ovulation provenant de la liste des produits pharmaceutiques validés pour remboursement par le Conseil médical, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée;
- b) agents d'amélioration de la qualité des spermatozoïdes provenant de la liste des produits pharmaceutiques validés pour remboursement par le Conseil médical, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée.

3.2 Traitements chirurgicaux de la fertilité:

- a) interventions chirurgicales sur les organes reproducteurs féminins, lorsqu'elles sont médicalement indiquées:
 - chirurgie laparoscopique (forage ovarien laparoscopique par diathermie ou laser) pour induire l'ovulation;
 - procédures visant à améliorer la perméabilité tubaire;
 - salpingectomie;

³ C(2007) 3195.

- résection chirurgicale de lésions d'endométriose;
- résection hystéroscopique d'un septum utérin ou lyse d'adhérences ou polypectomie endométriale;
- myomectomie;
- opérations utérines en cas de malformation.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour des interventions visant à annuler une stérilisation volontaire;

b) interventions chirurgicales sur les organes reproducteurs masculins, lorsqu'elles sont médicalement indiquées:

- vaso-vasostomie, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;
- anastomose épидидymo-déférentielle, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;
- reperméabilisation des canaux éjaculateurs, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;
- cure de varicocèles (ablation chirurgicale ou embolisation), dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie A2.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour des interventions visant à annuler une vasectomie.

Le remboursement des implants pénien est couvert dans le chapitre sur les prothèses.

3.3 Les traitements suivants de procréation médicalement assistée peuvent être remboursés dans les conditions et dans les limites d'âge précisées dans la présente section, lorsqu'une assistance médicale est requise:

- a) insémination intra-utérine avec sperme de patient ou de donneur, avec un maximum de six tentatives par enfant;
- b) sélection des échantillons de spermatozoïdes (déférent, épидидymique ou testiculaire) et préparation pour l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ci-après: «ICSI»), dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie A2;
- c) fécondation in vitro (ci-après: «FIV»), y compris avec ICSI, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1.

Le nombre maximal de tentatives de FIV pouvant être remboursées est de 8 sur toute la vie.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, le remboursement des frais de la première FIV ne peut être accordé qu'après épuisement des six tentatives d'insémination intra-utérine. Des exceptions à cette règle peuvent être accordées, sous réserve d'une autorisation préalable, lorsqu'il existe des

raisons médicales attestant que l'insémination intra-utérine des spermatozoïdes n'a que peu ou pas de chances d'aboutir.

Au moins la première tentative de FIV doit avoir lieu avant le 45^e anniversaire de la bénéficiaire. Cette condition ne s'applique pas aux personnes qui atteindront leur 45^e anniversaire dans les 18 mois suivant la prise d'effet du présent point 3.

Les tentatives de FIV entre le 45^e et le 48^e anniversaire peuvent être remboursées sous réserve d'une autorisation préalable.

Les frais remboursables couvrent les interventions suivantes:

recupération des spermatozoïdes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et de conservation à court terme des spermatozoïdes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation à des fins de fécondation;

stimulation et récupération des ovocytes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et de la conservation à court terme des ovocytes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation à des fins de fécondation;

stimulation et récupération d'ovocytes auprès d'une donneuse, à l'exclusion de tout autre coût;

avec autorisation préalable, achat de spermatozoïdes via un centre de fertilité;

fécondation à l'aide des ovocytes et spermatozoïdes sélectionnés, y compris les coûts de culture, d'analyse et d'essais, et de conservation à court terme des embryons sélectionnés;

transfert des embryons sélectionnés dans l'utérus;

d) hormis la FIV, même en l'absence d'indication médicale:

recupération des spermatozoïdes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et conservation à long terme des spermatozoïdes sélectionnés dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;

stimulation et récupération des ovocytes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et conservation à long terme des ovocytes sélectionnés, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1. Le remboursement est subordonné à la condition que le prélèvement ait lieu avant le 36^e anniversaire;

e) en cas de maladie avérée ou d'anomalie génétique constatée chez un membre de la famille lié à un parent potentiel au premier ou au deuxième degré, les coûts remboursables peuvent couvrir les interventions supplémentaires suivantes:

i. examens génétiques des ovocytes et spermatozoïdes avant conception;

ii. diagnostic génétique pré-implantatoire sur les embryons;

f) les soins visés au point 3.3 qui remplissent les conditions de remboursement et dont la facturation cadre avec le délai de remboursement à la date d'entrée en vigueur de la présente décision peuvent faire l'objet d'un remboursement.

3.4 Les traitements médicaux liés à la fertilité et à la reproduction non mentionnés dans le présent chapitre peuvent faire l'objet d'un remboursement exceptionnel sur demande d'autorisation préalable.

- 3.5 Les traitements médicaux liés à la fertilité et à la reproduction ne sont pas remboursés au titre du RCAM au-delà de l'âge de 48 ans.
- 3.6 Lorsque les bénéficiaires sont couverts par un régime d'assurance maladie relevant d'un autre cadre légal ou réglementaire, ils doivent en premier lieu demander le remboursement au titre de ce régime avant d'introduire une demande de remboursement au titre du RCAM. Les (ou une partie des) traitements et prestations liés à la fertilité et à la procréation médicalement assistée qui concernent un parent potentiel ne bénéficiant pas du RCAM en couverture primaire ou complémentaire ne sont pas remboursés au titre du RCAM.

(c) Au titre II, chapitre 1, point 2.1, les deux premières lignes sont remplacées par le texte suivant:

- *«Les honoraires pour consultations/visites d'un médecin omnipraticien sont remboursés à 85 % avec un plafond de 42 EUR et à 100 % en cas de maladie grave.*
- *Les honoraires pour consultations/visites d'un spécialiste sont remboursés à 85 % avec un plafond de 64 EUR et à 100 % en cas de maladie grave.»*

(d) Au titre II, chapitre 5, point 2.5, dans le tableau contenant les types de traitement et leurs plafonds respectifs (EUR), les trois premières lignes de la catégorie «1. a) Prothèses conjointes» sont remplacées par le texte suivant:

<i>«Inlay or ou céramique, faux moignon coulé</i>	<i>350</i>
<i>Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique</i>	<i>350</i>
<i>Attachement (barre Dolder: par pilier)</i>	<i>350»</i>

e) Au titre II, chapitre 11, le point 2.1 est remplacé par le texte suivant:

«2.1. Les appareils auditifs prescrits par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audiométriste ainsi que les frais de réparation sont remboursés à 85 %, avec un plafond de 1 800 EUR par appareil.»

f) À l'annexe II du titre II, la ligne 15 est remplacée par le texte suivant:

15	<i>Matériel pour incontinence</i>	PM	AP	1 an	85 %	1320	1320	*
----	-----------------------------------	----	----	------	------	------	------	---

Article 2

Le PMO présente, au plus tard deux ans après l'adoption de la présente décision, un rapport sur les coûts financiers et l'incidence des règles de remboursement contenues dans la décision. Sur la base des conclusions, la Commission propose le cas échéant des ajustements appropriés.

Article 3

La présente décision entre en vigueur le jour de son adoption.

Fait à Bruxelles, le 17.11.2023

Par la Commission
Johannes HAHN
Membre de la Commission



Brussels, 17.11.2023
C(2023) 7673 final

COMMISSION DECISION

of 17.11.2023

**amending Decision C(2007)3195 laying down general implementing provisions for the
reimbursement of medical expenses**

COMMISSION DECISION

of 17.11.2023

amending Decision C(2007)3195 laying down general implementing provisions for the reimbursement of medical expenses

THE EUROPEAN COMMISSION,

Having regard to the Treaty on the Functioning of the European Union,

Having regard to the Staff Regulations of Officials of the European Union and the Conditions of Employment of Other Servants as laid down by Council Regulation (EEC, Euratom, ECSC) No 259/68¹, and in particular Article 72 thereto,

Having regard to the opinion of the Management Committee for the Joint Sickness Insurance Scheme,

Having regard to the opinion of the Staff Committee,

Having regard to the opinion of the Staff Regulations Committee,

Whereas:

- (1) A Joint Sickness Insurance Scheme (JSIS) was established by the Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Union² drawn up by common agreement between the appointing authorities of the institutions of the European Union, provided for in Article 72 of the Staff Regulations, and entered into force on 1 December 2005;
- (2) The General Implementing Provisions of the JSIS lay down the provisions for the reimbursement of treatments and services relating to infertility in point 3 of Chapter 7 of Title II. These provisions are based on the medical focus on fertility treatments at the time of drafting, providing for the reimbursement in the context of a pathology, i.e. related to the treatment of subfertility and infertility;
- (3) Both societal perception and medical practice have much evolved, with the acceptance that persons should be able to benefit from medically assisted reproduction, also outside the context of a pathology, including single women or same-sex couples. It is important to adapt the General Implementing Provisions of the JSIS to these societal developments that favour broad access to parenthood;
- (4) Medically-assisted reproduction is now reimbursed to a varying degree in Member States, notably in Belgium where about half of the JSIS affiliates reside;
- (5) The current rules need to be simplified by removing the prerequisite of pathology for access to medically-assisted reproduction, in the cases where this is warranted, in order to limit related administrative difficulties and complaints regarding reimbursement. However, it is appropriate to exclude the costs of surrogacy;
- (6) The limited number of beneficiaries would not jeopardise the financial balance of the JSIS budget;

¹ OJ L 56, 4.3.1968, p. 1.

² Rules adopted by all the institutions by common agreement, which was recorded by the President of the Court of Justice of the European Communities on 24 November 2005.

- (7) It is important to provide for a transitional period for people who have started treatment before the entry into force of this decision;
- (8) The ceilings for reimbursement set out in the general implementing provisions have not been adjusted since their adoption in 2007. It is therefore necessary, until a system for dynamic adjustment of ceilings is adopted, to raise ceilings which concern a large number of services and beneficiaries, as well as those which present a large volume of expenditure and/or where the level of reimbursement is clearly outdated.

HAS DECIDED AS FOLLOWS:

Article 1

The Annex to Commission Decision of 2 July 2007 laying down the general implementing provisions for the reimbursement of medical expenses³ is amended as follows:

- (a) In Title II, Chapter 7 the title is replaced by the following:
“Chapter 7 – Pregnancy, confinement and fertility treatments (including medically-assisted reproduction)”
- (b) In Title II, Chapter 7, point 3 is replaced by the following:
“3. Reimbursable treatment and services relating to fertility treatments (including medically-assisted reproduction)”

The treatments and services in relation to fertility and medically assisted reproduction, whether related to a pathology or outside of the context of pathology, can be reimbursed under the conditions as laid down in this section and insofar as they are not linked to a voluntary sterilisation procedure which either of the prospective parents may have undergone in the past.

The following treatments carried out on beneficiaries shall be reimbursed at the rate of 85 %:

3.1 Pharmaceutical fertility treatments:

- (a) Ovulation induction agents from the list of pharmaceutical products validated for reimbursement by the Medical Council, when the use of such agents is medically indicated.
- (b) Agents to improve sperm quality from the list of pharmaceutical products validated for reimbursement by the Medical Council, when the use of such agents is medically indicated.

3.2 Surgical fertility treatment:

- (a) Surgical interventions on the female reproductive organs, when medically indicated:
 - Laparoscopic surgery (laparoscopic ovarian drilling by diathermy or laser) to induce ovulation;
 - Procedures to improve tubal patency;
 - Salpingectomy;
 - Surgical resection of endometriosis lesions;

³ C(2007)3195.

- Hysteroscopic resection of a uterine septum or lysis of adhesions or endometrial polypectomy;
- Myomectomy;
- Uterine operations in case of malformation.

No reimbursement can be granted for interventions which have as objective the reversal of a voluntary sterilisation.

(b) Surgical interventions on the male reproductive organs when medically indicated:

- Vaso-vasostomy, subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations;
- Epididymo-deferential anastomosis, subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations;
- Ejaculatory duct resection, subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations;
- Varicocele repair (surgical removal or embolism), subject to a ceiling corresponding to category A2 surgical operations.

No reimbursement can be granted for interventions which have as objective the reversal of vasectomy.

The reimbursement of penile implants is covered in the chapter on prostheses.

3.3 The following treatments of medically assisted reproduction can be reimbursed subject to the conditions and within the age limits as specified in this section, where medical assistance is required:

- (a) intra-uterine insemination with patient or donor sperm, up to a maximum of six attempts per child;
- (b) the selection of sperm samples (deferential, epididymal or testicular) and their preparation for intra-cytoplasmic sperm injection (hereinafter: "ICSI"), subject to a ceiling corresponding to category A2 surgical operations ;
- (c) in vitro fertilisation (hereinafter: "IVF") including ICSI, subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations.

The maximum number of attempts of IVF that can be reimbursed is 8 for life.

Up to the age of 40, the reimbursement of the costs of the first IVF can only be granted after exhaustion of the six attempts of intra-uterine insemination. Exceptions to this rule can be granted subject to prior authorisation when there are medical reasons justifying that intra-uterine sperm insemination has no or very limited chance of success.

At least the first IVF attempt must take place before the beneficiary's 45th birthday. This condition shall not apply to persons who will reach their 45th birthday within 18 months of the date of taking effect of this point 3.

IVF attempts between the 45th and 48th birthdays may be reimbursed subject to prior authorisation.

The reimbursable costs cover the following interventions:

retrieval of spermatoocytes, including the costs of analyses and tests, and of short-term conservation of selected spermatoocytes, pending their use for fertilisation;

stimulation and retrieval of oocytes, including the costs of analyses and tests, and of short-term conservation of selected oocytes, pending their use for fertilisation;

stimulation and retrieval of oocytes from a donor, excluding any other costs;

with prior authorisation, purchase of sperm via a fertility centre;

fertilisation using the selected oocytes and spermatoocytes, including the costs of culturing, analyses and tests, and of short-term conservation of selected embryos;

transfer of the selected embryos into the uterus.

(d) Outside IVF, even where there is no medical indication:

retrieval of spermatoocytes, including the costs of analyses and tests, and long-term conservation of selected spermatoocytes subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations;

stimulation and retrieval of oocytes, including the costs of analyses and tests, and long-term conservation of selected oocytes subject to a ceiling corresponding to category B1 surgical operations. The reimbursement is subject to the condition that the collection takes place before the 36th birthday.

(e) In case of a proven disease or genetic abnormality identified in a family member related to either prospective parent in the first or second degree, reimbursable costs can cover the following additional interventions:

i. Pre-conceptual genetic examinations of oocytes and spermatoocytes;

ii. Preimplantation Genetic Diagnosis on the embryos.

(f) Treatments under point 3.3 which meet the conditions for reimbursement, and which invoice remains within the reimbursement period on the date of entry into force of this Decision shall be eligible for reimbursement.

3.4 Medical treatments related to fertility and reproduction not mentioned in this Chapter may be subject to exceptional reimbursement upon request for prior authorisation.

3.5 Medical treatments related to fertility and reproduction shall not be reimbursed under the JSIS beyond the age of 48.

3.6 Where the beneficiaries are covered under another sickness insurance scheme provided for by law or regulation, they must first request reimbursement under that scheme before submitting a claim for reimbursement under the JSIS. The (part of the) treatments and services in relation to fertility and medically assisted reproduction which concern a prospective parent who is not a JSIS beneficiary in primary or top up cover, are not reimbursed under the JSIS.

(c) In Title II, Chapter 1, point 2.1 the first two lines are replaced by the following:

- *“The fees for consultations/visits by a general practitioner are reimbursed at the rate of 85%, with a ceiling of €42, and at the rate of 100% in the case of serious illness.*
- *The fees for consultations/visits by a specialist are reimbursed at the rate of 85%, with a ceiling of €64, and at the rate of 100% in the case of serious illness.”*

(d) In Title II, Chapter 5, point 2.5, in the table containing the types of treatment and their respective ceilings (€), the first three lines of the category ‘1. a) Fixed prostheses’ are replaced by the following:

<i>“Gold or ceramic inlay, inlay core</i>	<i>350</i>
<i>Cast crown, telescopic crown, ceramo-metallic crown or element, ceramic facet</i>	<i>350</i>
<i>Attachment (Dolder bar: by pillar)</i>	<i>350”</i>

(e) In Title II, Chapter 11, point 2.1 is replaced by the following:

“2.1. The cost of purchase and repair of hearing aids prescribed by an oto-rhino-laryngologist or audiometrist is reimbursed at the rate of 85%, subject to a ceiling of €1800 per hearing aid.”

(f) In Annex II to Title II, line 15 is replaced by the following:

<i>15</i>	<i>Incontinence supplies</i>	<i>MP</i>	<i>PA</i>	<i>1 Year</i>	<i>85%</i>	<i>1320</i>	<i>1320</i>	<i>*</i>
-----------	------------------------------	-----------	-----------	---------------	------------	-------------	-------------	----------

Article 2

The PMO shall present at the latest two years after the adoption of this decision a report on the financial costs and impact of the reimbursement rules contained in the decision. In view of the conclusions, appropriate adjustments shall be proposed by the Commission if and where necessary.

Article 3

The decision shall take effect on the date of the adoption of this decision.

Done at Brussels, 17.11.2023

For the Commission
Johannes HAHN
Member of the Commission