

REGULAMENTAÇÃO COMUM

relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias

A INSTITUIÇÃO,

Tendo em conta o Estatuto dos Funcionários das Comunidades Europeias, bem como o Regime Aplicável aos outros Agentes destas Comunidades, fixados pelo Regulamento (CEE, Euratom, CECA) n.º 259/68 ¹, com a última redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (CE, Euratom, n.º 723/2004 ², nomeadamente o artigo 72.º do referido Estatuto e o artigo 28.º do referido Regime,

Tendo em conta a Regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, nomeadamente o artigo 30.º,

Tendo em conta o parecer do Comité do Estatuto,

Tendo em conta o parecer do Comité de Gestão do Seguro de Doença,

¹ JO L 56 de 4.3.1968, p. 1.

² JO L 124 de 27.4.2004, p. 1.

Considerando que cabe às instituições das Comunidades Europeias aprovar, em comum acordo, uma regulamentação relativa aos riscos de doença aplicável aos funcionários dessas Comunidades,

Tendo em conta o comum acordo das instituições das Comunidades Europeias ¹,

APROVOU A PRESENTE REGULAMENTAÇÃO :

PARTE I

DISPOSIÇÕES GERAIS

TÍTULO I

OBJECTO

Artigo 1.º

Nos termos do artigo 72.º do Estatuto, é instituído um regime de seguro de doença comum às instituições das Comunidades Europeias (RCSD). Este regime garante aos beneficiários, nos limites e condições previstos na presente regulamentação e nas disposições gerais de execução aprovadas com base no artigo 52.º daquela, o reembolso de despesas resultantes de doença, acidente ou maternidade e o pagamento de um subsídio para despesas de funeral.

¹ A presente regulamentação foi aprovada por todas as instituições, tendo o comum acordo sido constatado pelo Presidente do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias em 24.11.2005.

Os beneficiários do presente regime são os respectivos inscritos e as pessoas seguradas em função deles.

Qualquer referência às instituições na presente regulamentação é aplicável às agências comunitárias.

TÍTULO II

INSCRITOS

CAPÍTULO 1

DISPOSIÇÕES COMUNS

Artigo 2.º

Inscrição

1. Consideram-se inscritos no presente regime:
 - os funcionários,
 - os agentes temporários,
 - os agentes contratuais, caso não tenham pedido a continuação do seguro de doença no país em que estiveram cobertos pela última vez, em conformidade com o disposto no artigo 112.º do Regime Aplicável aos Outros Agentes.

2. Consideram-se inscritos no presente regime, nas condições fixadas pelo respectivo regime pecuniário, quer estejam no activo quer após a cessação das suas funções:

- o Presidente, os Vice-Presidentes e os membros da Comissão,
- o Presidente, os juízes, os advogados-gerais e o secretário do Tribunal de Justiça,
- o Presidente, os membros e o secretário do Tribunal de Primeira Instância,
- o Presidente e os membros do Tribunal de Contas,
- o Provedor de Justiça da União Europeia,
- a Autoridade Europeia para a Protecção de Dados e a Autoridade-Adjunta.

3. Consideram-se inscritos no presente regime:

- os antigos funcionários e agentes temporários titulares de uma pensão de aposentação,
- os antigos agentes contratuais titulares de uma pensão de aposentação, desde que tenham estado empregados por um período superior a três anos na qualidade de agente contratual,
- os titulares de uma pensão de invalidez ou de um subsídio de invalidez,

- as pessoas que tenham cessado definitivamente as respectivas funções por força dos Regulamentos n.ºs 259/68, 2530/72 ¹, 1543/73 ², 2150/82 ³, 1679/85 ⁴, 3518/85 ⁵, 2274/87 ⁶, 1857/89 ⁷, 2688/95 ⁸, 2689/95 ⁹,
- as pessoas que tenham cessado definitivamente as respectivas funções por força dos Regulamentos n.ºs 1746/2002 ¹⁰, 1747/2002 ¹¹ e 1748/2002 ¹² do Conselho, desde que não recebam rendimentos de uma actividade profissional lucrativa,
- os titulares de uma pensão de aposentação antecipada ou diferida, desde que não exerçam qualquer actividade profissional lucrativa,
- os funcionários, agentes temporários ou agentes contratuais em situação de licença sem vencimento a seu pedido, desde que não exerçam qualquer actividade profissional lucrativa.

4. Consideram-se inscritos no presente regime:

- o cônjuge sobrevivente ou o parceiro reconhecido sobrevivente que seja titular de uma pensão de sobrevivência,
- o cônjuge sobrevivente ou o parceiro reconhecido sobrevivente das pessoas referidas no n.º 2, nas condições fixadas pelo regime pecuniário destas,
- o cônjuge divorciado sobrevivente que seja titular de uma pensão de sobrevivência,
- o titular de uma pensão de órfão, a seu pedido ou a pedido do respectivo representante legal, se não for já abrangido em função de um inscrito.

¹ JO L 272 de 5.12.1972, p. 1.

² JO L 155 de 11.6.1973, p. 1.

³ JO L 228 de 4.8.1982, p. 1.

⁴ JO L 162 de 21.6.1985, p. 1.

⁵ JO L 335 de 13.12.1985, p. 56.

⁶ JO L 209 de 31.7.1987, p. 1.

⁷ JO L 181 de 28.6.1989, p. 2.

⁸ JO L 280 de 23.11.1995, p. 1.

⁹ JO L 280 de 23.11.1995, p. 4.

¹⁰ JO L 264 de 2.10.2002, p. 1.

¹¹ JO L 264 de 2.10.2002, p. 5.

¹² JO L 264 de 2.10.2002, p. 9.

Artigo 3.º
Contribuição

1. O montante da contribuição para o presente regime é de 5,1% do vencimento de base, da pensão de aposentação, da pensão ou subsídio de invalidez, da pensão de sobrevivência ou de órfão ou do subsídio previsto nos Regulamentos n.ºs 1746/2002, 1747/2002 e 1748/2002 do Conselho, dos quais um terço é pago pelo inscrito e dois terços são pagos pelas instituições e órgãos em causa.

No caso dos titulares de uma pensão de invalidez ou de uma pensão de sobrevivência, a contribuição não pode ser inferior à contribuição calculada sobre o vencimento de base correspondente ao grau 1, primeiro escalão¹.

2. Em caso de licença parental ou familiar a tempo inteiro, a totalidade da contribuição é calculada sobre o último vencimento de base e paga pela instituição ou órgão em causa.

Em caso de licença parental ou familiar a meio tempo, a contribuição a pagar pela instituição ou órgão em causa é calculada sobre a diferença entre o vencimento de base integral e o vencimento de base reduzido proporcionalmente.

No que respeita à parte do vencimento de base efectivamente paga, a contribuição do inscrito é calculada aplicando percentagens idênticas às que seriam aplicadas se trabalhasse a tempo inteiro.

3. Em caso de trabalho a tempo parcial, a contribuição é calculada sobre o vencimento de base integral do inscrito, de acordo com a repartição prevista no n.º 1.

¹ Para o período de 1 de Maio de 2004 a 30 de Abril de 2006: grau D*1, primeiro escalão.

4. Em caso de licença sem vencimento, o inscrito pode manter-se coberto pelo presente regime, desde que pague metade da contribuição para este regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau, durante o primeiro ano da licença, e a sua totalidade, a partir do segundo ano.
5. Em caso de interrupção para cumprimento do serviço militar, o inscrito não é coberto pelo presente regime. Todavia, as pessoas seguradas em função dele manter-se-ão cobertas nas seguintes condições:
- na situação referida no segundo parágrafo do artigo 42.º do Estatuto, sem que o inscrito tenha de pagar qualquer contribuição,
 - na situação referida no terceiro parágrafo do artigo 42.º do Estatuto, desde que o inscrito pague a sua contribuição, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

Artigo 4.º

Inscrição obrigatória noutro regime de seguro de doença

Sempre que um funcionário, agente temporário ou agente contratual seja colocado num país onde, por força da legislação nacional, fique sujeito a um regime de seguro obrigatório de riscos de doença, as cotizações devidas serão integralmente pagas por conta do orçamento da instituição de que dependa o interessado. Em tal caso, é aplicável o artigo 22.º.

Capítulo 2

Disposições específicas aplicáveis aos funcionários

Artigo 5.º

Destacamento não remunerado

O funcionário que se encontre na situação de destacamento não remunerado, prevista na alínea f) do artigo 39.º do Estatuto, pode manter-se coberto pelo presente regime até à sua demissão compulsiva, desde que pague a totalidade da contribuição calculada sobre o vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

Artigo 6.º

Disponibilidade e afastamento do lugar

1. O funcionário que beneficie do subsídio previsto nos artigos 41.º ou 50.º do Estatuto pode manter-se coberto pelo presente regime, desde que:

- não exerça qualquer actividade profissional lucrativa
- e pague um terço da contribuição para o presente regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

O funcionário pode voltar a estar coberto pelo presente regime, mediante pedido escrito devidamente justificado, após a cessação de qualquer actividade profissional lucrativa.

2. O funcionário que não beneficie do subsídio previsto nos artigos 41.º ou 50.º do Estatuto nem de uma pensão pode manter-se coberto pelo presente regime, desde que:

- não exerça qualquer actividade profissional lucrativa
- e pague, durante os primeiros seis meses, metade da contribuição para o presente regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau, e, a partir do sétimo mês, a sua totalidade.

O funcionário pode voltar a estar coberto pelo presente regime, mediante pedido escrito devidamente justificado, após a cessação de qualquer actividade profissional lucrativa.

Artigo 7.º

Cessação definitiva de funções

O funcionário que tenha cessado definitivamente funções pode manter-se coberto pelo presente regime durante um período máximo de seis meses, desde que:

- não exerça qualquer actividade profissional lucrativa
- e pague metade da contribuição para o presente regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

O pedido de cobertura deve ser formulado antes do fim do primeiro mês seguinte à data de cessação definitiva de funções.

Estas condições não se aplicam em caso de doença grave ou prolongada contraída antes da cessação de funções e declarada à instituição antes do termo do período de seis meses previsto no primeiro parágrafo, desde que o interessado se sujeite a um controlo médico organizado pela instituição.

Artigo 8.º

Perda de remuneração

O funcionário que perca o benefício da sua remuneração devido a ausência irregular ou a medida disciplinar pode, mediante pedido escrito apresentado no mês seguinte à data da decisão, manter-se coberto pelo presente regime, desde que pague um terço da contribuição, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

Artigo 9.º

Perda da qualidade de funcionário por incompetência profissional

O funcionário que beneficie do subsídio previsto no artigo 51.º do Estatuto pode manter-se coberto pelo presente regime durante o período de pagamento deste subsídio, desde que:

- não exerça qualquer actividade profissional lucrativa
- e pague metade da contribuição para o presente regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

CAPÍTULO 3

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS APLICÁVEIS AOS AGENTES TEMPORÁRIOS E AOS AGENTES CONTRATUAIS

Artigo 10.º

Demissão – termo do contrato

O agente que se tenha demitido ou cujo contrato tenha chegado ao seu termo pode manter-se coberto pelo presente regime durante um período máximo de seis meses, desde que:

- comprove que não pode obter reembolsos a título de outro seguro de doença legal ou regulamentar
- e pague metade da contribuição para o presente regime, calculada sobre o último vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

O pedido de cobertura deve ser formulado antes do fim do primeiro mês seguinte à data de demissão ou do termo do contrato.

Estas condições não se aplicam em caso de doença grave ou prolongada contraída antes da cessação de funções e declarada à instituição antes do termo do período de seis meses previsto no primeiro parágrafo, desde que o interessado se sujeite a um controlo médico organizado pela instituição.

Artigo 11.º
Desemprego

O agente que beneficie dos subsídios de desemprego comunitários é coberto pelo presente regime durante o período de pagamento destes subsídios.

Esta cobertura de natureza complementar não implica qualquer contribuição.

O agente pode ser coberto a título primário pelo presente regime, mediante pedido escrito devidamente justificado, em caso de impossibilidade de cobertura por outro regime de seguro de doença legal ou regulamentar.

TÍTULO III

SEGURADOS EM FUNÇÃO DOS INSCRITOS

CAPÍTULO 1

CÔNJUGE E PARCEIRO RECONHECIDO

Artigo 12.º
Segurados

Consideram-se segurados em função dos inscritos, nas condições fixadas nos artigos 13.º e 14.º:

- o cônjuge do inscrito, desde que não esteja ele próprio inscrito neste regime,

- o parceiro reconhecido do inscrito, mesmo que não esteja preenchida a condição prevista no artigo 1.º, n.º 2, alínea c), subalínea iv), do Anexo VII do Estatuto,
- o cônjuge ou o parceiro reconhecido na situação de licença sem vencimento prevista no Estatuto.

Artigo 13.º

Cobertura primária

O segurado é coberto a título primário pelo presente regime se não dispuser de rendimentos próprios de origem profissional ou se o nível demasiado reduzido destes rendimentos não lhe permitir ser abrangido por outro regime obrigatório de seguro de doença legal ou regulamentar.

São considerados rendimentos de origem profissional todos os salários, vencimentos, honorários, emolumentos, abonos, subsídios ou pensões decorrentes de uma actividade profissional presente ou anterior, excepto os abonos ou subsídios para despesas.

Artigo 14.º

Cobertura complementar

1. Se o segurado dispuser de rendimentos de origem profissional, pode ser coberto pelo presente regime a título complementar, desde que:

- os seus rendimentos anuais tributáveis, antes da dedução do imposto e após a dedução das contribuições sociais e das despesas profissionais, não sejam superiores ao vencimento de base de um funcionário de grau 2, primeiro escalão¹, afectado do coeficiente de correcção estabelecido para o país onde recebe os seus rendimentos

¹ Para o período de 1 de Maio de 2004 a 30 de Abril de 2006: grau C*2, primeiro escalão.

– e esteja globalmente coberto contra os mesmos riscos em aplicação de quaisquer outras disposições legais ou regulamentares.

2. Para que o segurado possa continuar a beneficiar da cobertura complementar do presente regime, o inscrito deve apresentar anualmente, antes do fim do primeiro semestre, a comprovação dos rendimentos auferidos pelo seu cônjuge ou parceiro reconhecido no ano fiscal ou civil anterior.

3. O inscrito deve comunicar qualquer alteração da situação profissional do seu cônjuge ou parceiro reconhecido susceptível de implicar modificações dos direitos de cobertura a título do presente regime.

Artigo 15.º

Divórcio – dissolução da parceria

1. O cônjuge divorciado de um inscrito ou o seu parceiro reconhecido cujo estatuto de parceiro não matrimonial se dissolva podem ser cobertos pelo presente regime durante o período máximo de doze meses, a contar da data oficial do divórcio ou da dissolução da parceria, desde que não exerça uma actividade profissional lucrativa.

2. Em caso de morte do inscrito, se o parceiro reconhecido, segurado em função dele, não puder beneficiar de uma pensão de sobrevivência, mantém-se coberto pelo presente regime nas condições previstas no n.º 1.

CAPÍTULO 2

PESSOAS A CARGO

Artigo 16.º

Filho a cargo

1. O filho a cargo, na acepção do artigo 2.º do Anexo VII do Estatuto, é coberto pelo presente regime.

Se o filho a cargo puder beneficiar do pagamento da assistência médica a título de outro regime de seguro de doença legal ou regulamentar, o regime comum intervém a título de regime complementar.

2. O limite de idade e as exceções ao reconhecimento da qualidade de filho a cargo são definidos na alínea b) do n.º 3 e no n.º 5 do artigo 2.º do Anexo VII do Estatuto.

3. O filho a cargo não é coberto pelo presente regime durante o período do seu serviço militar ou cívico.

A cobertura deste filho pode ser autorizada para além dos 26 anos, por um período máximo de doze meses, desde que não exerça uma actividade profissional lucrativa.

Artigo 17.º

Outras pessoas a cargo do inscrito

A pessoa reconhecida como estando a cargo do inscrito, na acepção do n.º 4 do artigo 2.º do Anexo VII do Estatuto, pode ser coberta pelo presente regime desde que não possa ser coberta por outro regime de seguro de doença legal ou regulamentar.

Artigo 18.º

Prorrogação

Caso não exerça qualquer actividade profissional lucrativa, o beneficiário pode manter-se coberto pelo presente regime durante um período máximo de doze meses, a contar:

- da data em que perde a qualidade de filho a cargo ou de pessoa equiparada a filho a cargo,
- da data em que perde o direito à pensão de órfão.

SEGUNDA PARTE

REEMBOLSOS

TÍTULO I

PRINCÍPIO

Artigo 19.º

Liberdade de escolha

1. Os beneficiários do presente regime têm liberdade de escolha do médico e dos estabelecimentos de saúde.
2. O princípio da liberdade de escolha não implica automaticamente o reembolso das despesas de transporte ou deslocação decorrentes do seu exercício; as regras de reembolso deste tipo de despesas são fixadas nas disposições gerais de execução.
3. A liberdade de escolha só se aplica aos beneficiários a título complementar depois de esgotadas as possibilidades do regime primário.

TÍTULO II

REGRAS

Artigo 20.º

Regras gerais de reembolso

1. No intuito de salvaguardar o equilíbrio financeiro do Regime Comum de Seguro de Doença e observando o princípio de cobertura social que inspira o artigo 72.º do Estatuto, as disposições gerais de execução podem fixar limites de reembolso de determinadas prestações.

Se as despesas declaradas pelo inscrito forem inferiores ao limite fixado, o reembolso é calculado sobre a base do montante declarado.

2. Quanto às prestações relativamente às quais não é fixado qualquer limite de reembolso, a parte das despesas considerada excessiva, tendo em conta os custos normais no país em que as despesas foram declaradas, não é reembolsada. A parte das despesas considerada excessiva é determinada casuisticamente pelo Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor.

3. As despesas relativas aos tratamentos considerados não funcionais ou não necessários pelo Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor, não são reembolsadas.

4. As despesas relativas a prestações que as disposições gerais de execução da presente regulamentação não prevêem podem ser reembolsadas em 80%, após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação. Esta informação é comunicada com regularidade aos inscritos.

5. No intuito de garantir o tratamento igual das prestações liquidadas em qualquer um dos Estados-Membros da União Europeia, o Colégio dos Chefes de Administração aprova, pelo menos de dois em dois anos, após parecer do Comité de Gestão, coeficientes de igualdade, que são comunicados aos inscritos.

6. Nos termos do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto, as despesas são reembolsadas em 100% em caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade comparável, reconhecidas pela entidade competente para proceder a nomeações, após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação.

Este parecer é emitido com base nos critérios gerais fixados nas disposições gerais de execução, após consulta do Conselho Médico.

As despesas ligadas a exames de despistagem, previstos nas disposições gerais de execução, e as despesas de parto são igualmente reembolsadas em 100%.

No entanto, a fim de salvaguardar o equilíbrio financeiro do regime e observando o princípio de cobertura social que inspira o artigo 72.º do Estatuto, a título excepcional, determinadas prestações podem ser abrangidas por limites especiais de reembolso, fixados nas disposições gerais de execução.

7. Os reembolsos previstos em 100 % não se aplicam aos casos de doença profissional ou de acidente que tenham conduzido à aplicação do artigo 73.º do Estatuto.

Artigo 21.º

Regras especiais de reembolso de prestações fora da União Europeia

1. As despesas declaradas num país fora da União Europeia em que os custos sejam particularmente elevados são reduzidas mediante a aplicação de um coeficiente de base reembolsável que permita aplicar as taxas de reembolso a um montante de despesas tornadas comparáveis à média dos custos nos países da União Europeia.

Estes coeficientes são fixados com base em índices oficiais do custo da saúde comparáveis entre os diferentes países. São revistos periodicamente e comunicados aos inscritos.

2. O coeficiente de base reembolsável não é aplicado se o montante das despesas a reembolsar for inferior ou igual ao limite de reembolso previstos no n.º 1 e no quarto parágrafo do n.º 6 do artigo 20.º.

3. Se não existir tratamento médico equivalente na União Europeia, em caso de urgência médica ou quando se tratar de inscritos aposentados que vivam num país fora da União Europeia, é efectuado um reembolso complementar que permita atingir um reembolso efectivo de 50% do total das despesas realmente declaradas, se, após a aplicação deste coeficiente de base reembolsável, a parte das despesas não reembolsadas pelo regime exceder 50% do total das despesas realmente declaradas.

Este reembolso complementar não se aplica às prestações sujeitas aos limites de reembolso previstos no n.º 1 e no quarto parágrafo do n.º 6 do artigo 20.º.

4. Em caso de doença grave prevista no n.º 6 do artigo 20.º e se não existir tratamento médico equivalente na União Europeia, o Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor exigido pela autorização prévia, não aplica o coeficiente de base reembolsável.

Artigo 22.º

Reembolsos obtidos a título de outro regime de seguro de doença

1. Sempre que um inscrito ou uma pessoa segurada em função dele tenham direito ao reembolso de despesas a título de outro seguro de doença legal ou regulamentar, o inscrito deve:

- a) Declarar tais despesas junto do Serviço de Liquidação;
- b) Requerer ou, se for caso disso, solicitar que seja requerido prioritariamente o reembolso garantido pelo outro regime.

Contudo, se houver obrigação de contribuir para dois regimes, os inscritos no presente regime podem escolher o regime ao qual solicitam o reembolso das prestações de que beneficiaram, tendo presente que o regime comum intervém a título de regime complementar nos casos em que não intervenha como regime primário;

- c) Anexar, a cada pedido de reembolso apresentado a título do presente regime, uma lista e documentação comprovativa dos reembolsos que o inscrito ou a pessoa segurada em função dele obtiveram ao abrigo do outro regime.

2. O regime comum intervém a título de regime complementar no reembolso das prestações, desde que o outro regime tenha reembolsado previamente as prestações por ele cobertas.

Se uma prestação que o regime primário não prevê for coberta pelo regime comum, é este último que intervém a título primário.

3. Se o conjunto dos reembolsos obtido pelo inscrito ou pela pessoa segurada em função dele ultrapassar o reembolso previsto pelo presente regime, a diferença é deduzida do montante a reembolsar por este regime.

Os reembolsos obtidos a título de um seguro de doença complementar privado destinado a cobrir a parte das despesas que o presente regime não reembolsa não se incluem no referido cálculo.

Artigo 23.º

Exclusão do reembolso de determinadas despesas

1. Sempre que, na sequência do exame médico para contratação, um agente temporário ou um agente contratual seja privado e excluído do direito ao reembolso de determinadas despesas, nos termos do segundo parágrafo do artigo 28.º e do artigo 93.º do Regime aplicável aos Outros Agentes, o resultado do mesmo será comunicado ao médico assessor do Serviço de Liquidação; o médico assessor indicará a este quais as prestações que correspondem a despesas não reembolsáveis.

2. Decorridos dois anos sobre a data de contratação do agente temporário ou do agente contratual, a entidade competente para celebrar contratos de trabalho em nome da instituição de que depende o interessado pode revogar a decisão daquela exclusão se, segundo o parecer do médico assessor da instituição, a doença ou enfermidade não tiver reaparecido ou não tiver manifestado consequências especiais no decurso desse período.

Artigo 24.º

Reembolso especial

1. Nos termos do n.º 3 do artigo 72.º do Estatuto, podem ser concedidos reembolsos especiais relativos à parte das despesas não reembolsáveis, desde que estas despesas não ultrapassem:

- 50% do custo correspondente a 100% dos limites de reembolso previstos no n.º 1 e no quarto parágrafo do n.º 6 do artigo 20.º,
- e, para as prestações não sujeitas a limites, 50% do montante correspondente a 100% das despesas efectivamente reembolsadas de acordo com as taxas em vigor, excluindo o reembolso complementar previsto no n.º 3 do artigo 21.º e após a aplicação do n.º 2 do artigo 20.º e/ou do n.º 1 do artigo 21.º.

Este valor de 50% é calculado após a eventual aplicação do coeficiente de igualdade previsto no n.º 2 do artigo 20.º.

Determinadas prestações sujeitas ao limite de reembolso previsto no n.º 1 e no quarto parágrafo do n.º 6 do artigo 20.º, podem não ser tidas em conta na determinação do reembolso especial. A lista destas prestações é fixada nas disposições gerais de execução da presente regulamentação.

2. Sempre que a parte não reembolsada das despesas consideradas não excessivas e abrangidas pelo âmbito de aplicação das disposições gerais de execução da presente regulamentação e declaradas pelo inscrito, em seu nome ou em nome de pessoas seguradas em função dele, for superior, durante um período de doze meses, a metade da média do vencimento de base mensal de origem estatutária recebido durante o referido período, o reembolso especial previsto no n.º 3 do artigo 72.º do Estatuto é determinado do seguinte modo:

a parte não reembolsada das despesas atrás referidas superior a metade da média do vencimento de base mensal de origem estatutária é reembolsada à taxa de:

- 90%, sempre que se trate de um inscrito em função do qual não exista outro segurado,
- 100%, nos restantes casos.

3. No caso de inscritos que deixaram de ter direito a vencimento ou subsídio, a base de reembolso especial é calculada com base em metade do último vencimento de base mensal recebido ou do último subsídio mensal recebido.

4. Sempre que dois cônjuges ou parceiros reconhecidos estejam ambos inscritos no presente regime, têm a faculdade de optar, de comum acordo, pelo cúmulo das partes não reembolsadas das respectivas despesas, nas seguintes condições:

- o cúmulo deve fazer-se em função do cônjuge ou parceiro inscrito que tenha o vencimento de base estatutário mais elevado;

- o outro cônjuge ou parceiro deve renunciar à apresentação de um pedido separado de reembolso especial,
 - o período de doze meses tido em consideração deve ser o mesmo para os dois cônjuges ou parceiros.
5. A decisão relativa a qualquer pedido de reembolso especial é tomada:
- quer pela entidade competente para proceder a nomeações da instituição de que depende o interessado, com base no parecer do Serviço de Liquidação emitido em conformidade com os critérios gerais aprovados pelo Comité de Gestão, após consulta ao Conselho Médico, relativos ao carácter eventualmente excessivo das despesas declaradas,
 - quer pelo Serviço de Liquidação, com base nos referidos critérios, se este serviço tiver sido designado para o efeito pela entidade atrás indicada.

Artigo 25.º

Subsídio fixo para despesas de funeral

Beneficiam de subsídio fixo para despesas de funeral, cujo montante é fixado pelas disposições gerais de execução da presente regulamentação:

- a) O inscrito, no caso de falecimento de uma pessoa segurada em função de si próprio ou de um filho nado-morto;
- b) Em caso de falecimento do inscrito, o cônjuge, o parceiro reconhecido, os filhos ou, na falta destes, qualquer outra pessoa que comprove o pagamento das despesas funerárias.

TÍTULO III

PROCEDIMENTOS

Artigo 26.º

Registo

1. Os beneficiários são registados, por um lado, no Serviço Central e, por outro, num Serviço de Liquidação.
2. Os beneficiários que residam num país em que tenha sido criado um Serviço de Liquidação são, em princípio, registados neste serviço.

Os beneficiários que residam num país em que não tenha sido criado qualquer Serviço de Liquidação são registados num Serviço de Liquidação a designar pelo Serviço Central.

Artigo 27.º

Autorização prévia

Sempre que, por força da presente regulamentação, o reembolso das despesas só possa ser efectuado mediante autorização prévia, a decisão é tomada pela entidade competente para proceder a nomeações, ou pelo Serviço de Liquidação por esta designado, de acordo com o procedimento seguinte:

- a) O pedido de autorização prévia, acompanhado de uma receita e/ou de um orçamento do dentista ou do médico assistente, é apresentado pelo inscrito ao Serviço de Liquidação, que, se for caso disso, deve submetê-los à apreciação do dentista assessor ou do médico assessor; neste caso, o médico assessor transmite o seu parecer ao Serviço de Liquidação no prazo de duas semanas;

- b) O Serviço de Liquidação decide sobre o pedido, se tiver sido designado para o efeito, ou transmite para decisão o seu parecer e, se for o caso, o do dentista assessor ou do médico assessor à entidade competente para proceder a nomeações, devendo o inscrito ser imediatamente informado da decisão;
- c) Os pedidos de reembolso de despesas resultantes de prestações sujeitas a autorização não são tidos em consideração se a autorização não tiver sido pedida antes das prestações. É admissível uma excepção em casos de urgência justificada medicamente e como tal reconhecida pelo médico assessor do Serviço de Liquidação.

Artigo 28.º

Pedido de reembolso

Os pedidos devem ser apresentados pelos inscritos aos serviços de liquidação em formulários uniformizados, acompanhados dos documentos comprovativos originais; em caso de pedidos de reembolso complementar previstos no artigo 22.º, é obrigatório juntar uma cópia da factura original paga, acompanhada do original da nota discriminativa dos reembolsos obtidos a título de outro regime.

Artigo 29.º

Divórcio e dissolução da parceria

Desde que seja coberto pelo presente regime, o cônjuge divorciado ou o parceiro reconhecido cujo estatuto de parceiro não matrimonial se dissolva pode apresentar directamente, para si e, eventualmente, para os filhos a seu cargo, os pedidos de autorização prévia e de reembolso de despesas, em condições idênticas às previstas nos artigos 27.º e 28.º.

Artigo 30.º

Adiantamentos

1. Para dar aos inscritos a possibilidade de fazer face a despesas avultadas, podem ser-lhes concedidos adiantamentos, atribuídos principalmente sob a forma de termos de responsabilidade em caso de hospitalização.

2. Os adiantamentos sobre as despesas médicas são recuperados na altura do pagamento de qualquer montante devido ao inscrito a título do presente regime, da remuneração ou pensão, ou ainda de qualquer montante devido ao inscrito pela respectiva instituição, ou ainda da pensão de sobrevivência após a morte do inscrito. Porém, o responsável pelo Serviço Central, depois de informar o contabilista da Comissão, pode renunciar a esta recuperação de um saldo a título de adiantamentos, em aplicação do artigo 73.º do Regulamento Financeiro:
 - se a incidência financeira em jogo for mínima em relação ao custo administrativo da operação ou
 - em caso de impossibilidade de recuperação, nomeadamente na sequência da morte do inscrito.

3. A regularização do adiantamento deve efectuar-se, em princípio, até três anos após a data em que tiver sido concedido.

Artigo 31.º

Sub-rogação

Sempre que a causa de um acidente ou doença seja imputável a terceiros, as Comunidades ficam, nos limites das suas obrigações decorrentes da presente regulamentação, sub-rogadas de pleno direito à vítima, ou aos seus sucessores, nas suas acções contra o terceiro responsável, nos termos do artigo 85.º-A do Estatuto.

Artigo 32.º

Prescrição

1. Salvo caso de força maior devidamente estabelecido, o inscrito perde o direito às prestações quando não tiver pedido o reembolso das despesas declaradas para si próprio ou para uma pessoa segurada em função de si próprio durante os 18 meses seguintes à data das prestações.
2. Os pedidos de reembolso especial referidos no artigo 24.º devem ser apresentados no prazo de doze meses a contar da data de reembolso das despesas da última prestação incluída no período de doze meses considerado.

Artigo 33.º

Repetição do indevido

Nos termos do artigo 85.º do Estatuto, qualquer importância recebida indevidamente dá lugar a reposição se o beneficiário tiver tido conhecimento da irregularidade do pagamento ou se a mesma fosse tão evidente que dela não poderia deixar de ter conhecimento.

Artigo 34.º

Fraude

Sem prejuízo do artigo 33.º, o inscrito ou o beneficiário que tenha obtido ou tentado obter de forma fraudulenta o reembolso de prestações para si próprio ou para pessoa segurada em função de si próprio perde automaticamente o direito ao reembolso destas prestações, ficando sujeito a sanções disciplinares.

Artigo 35.º

Vias de recurso

1. Qualquer pessoa a que se refere a presente regulamentação dispõe das vias de recurso previstas no Título VII do Estatuto.
2. Antes de tomar qualquer decisão sobre uma reclamação apresentada com base no n.º 2 do artigo 90.º do Estatuto, a entidade competente para proceder a nomeações ou, conforme o caso, o Conselho de Administração deve solicitar o parecer do Comité de Gestão.

Este comité pode encarregar o seu presidente de tomar medidas que permitam obter informações complementares. Sempre que o conflito seja de natureza médica, o Comité de Gestão pode, antes de se pronunciar, solicitar o parecer de um médico especialista, ficando os seus honorários a cargo do regime comum.

O Comité de Gestão deve pronunciar-se no prazo de dois meses a contar da recepção do pedido de parecer, devendo este ser transmitido simultaneamente à entidade e ao interessado.

Na falta de parecer do Comité de Gestão no prazo referido, a entidade competente para proceder a nomeações ou, conforme o caso, o Conselho de Administração pode adoptar a decisão.

TERCEIRA PARTE

ORGANIZAÇÃO DO REGIME

TÍTULO I

PRINCÍPIOS

Artigo 36.º

Órgãos

O funcionamento do presente regime é assegurado por um Comité de Gestão, por um Serviço Central, por serviços de liquidação e por um Conselho Médico.

Artigo 37.º

Segredo médico

Os agentes afectados aos serviços de liquidação e ao Serviço Central, os membros do Comité de Gestão e qualquer pessoa que participe nas suas reuniões estão sujeitos ao segredo médico no que diz respeito às informações e/ou documentos a que tiverem acesso no exercício das respectivas funções.

As pessoas referidas permanecem sujeitas a esta obrigação após terem cessado as respectivas funções nos serviços indicados ou no Comité de Gestão.

TÍTULO II

FUNCIONAMENTO DOS ÓRGÃOS

Artigo 38.º

Comité de Gestão

1. O Comité de Gestão é composto pelos seguintes membros titulares:
 - quatro representantes da Comissão, designados pela entidade competente para proceder a nomeações,
 - um representante de cada uma das outras instituições, designado pela respectiva entidade competente para proceder a nomeações,
 - um representante das agências comunitárias, designado de comum acordo pelas respectivas entidades competentes para proceder a nomeações,
 - quatro representantes do pessoal da Comissão, designados pelo Comité Central do Pessoal,
 - um representante do pessoal de cada uma das outras instituições, designado pelo respectivo comité do pessoal,
 - um representante do pessoal das agências comunitárias, designado de comum acordo pelos respectivos comités do pessoal.

2. São igualmente designados membros suplentes, em condições idênticas às indicadas no n.º 1.
3. Os mandatos dos membros titulares e dos membros suplentes cobrem um período de dois anos e são renováveis.
4. Cada membro titular, ou na sua ausência o membro suplente, dispõe de voto deliberativo.
5. O Comité de Gestão aprova o seu regulamento interno por maioria de dois terços dos votos dos membros com direito de voto deliberativo.

O regulamento interno prevê as regras de aplicação relativas, nomeadamente:

- à eleição do presidente,
- à organização, convocação e periodicidade das reuniões,
- à designação eventual de um comité de preparação de reuniões,
- à designação das pessoas que podem participar nas reuniões do comité sem voto deliberativo,
- às normas que regulam as suas deliberações e a emissão dos seus pareceres.

6. É da competência do Comité de Gestão:
- a) Velar pela aplicação uniforme da presente regulamentação e dirigir às instituições qualquer sugestão ou recomendação útil para o efeito;
 - b) Examinar a situação financeira do presente regime e dirigir às instituições qualquer sugestão ou recomendação útil para o efeito;
 - c) Elaborar um relatório anual pormenorizado da situação financeira do presente regime e enviá-lo até 1 de Julho às instituições e respectivos comités do pessoal;
 - d) Se for caso disso, propor ou recomendar à Comissão a adopção ou alteração das disposições gerais de execução da presente regulamentação e todas as medidas necessárias ao bom funcionamento do presente regime, assim como apresentar propostas quanto ao montante do fundo de maneo necessário ao funcionamento do regime;
 - e) Emitir pareceres nos casos referidos pela presente regulamentação;
 - f) Se for caso disso, emitir pareceres sobre todas as questões directa ou indirectamente relacionadas com a aplicação das disposições estatutárias em matéria de cobertura dos riscos de doença;
 - g) Emitir pareceres sobre o nível das contribuições e prestações previstas, nomeadamente no caso de variação sensível dos custos dos cuidados médicos.
7. Os trabalhos do Comité de Gestão são secretos.

Artigo 39.º
Serviço Central

1. O Serviço Central depende da Comissão.
2. É da competência do Serviço Central:
 - a) Coordenar e controlar os trabalhos assegurados pelos serviços de liquidação;
 - b) Assegurar a aplicação uniforme das regras de liquidação das prestações;
 - c) Secretariar o Comité de Gestão;
 - d) Proceder a todos os estudos estatísticos ou análises necessários ao bom funcionamento do presente regime, a fim de permitir que o Comité de Gestão tenha uma visão exacta da importância, repartição e evolução dos riscos cobertos e emita o parecer previsto na alínea g) do n.º 6 do artigo 38.º;
 - e) Em ligação com os serviços de liquidação e na medida do possível, negociar com os representantes do corpo médico e/ou autoridades, associações e estabelecimentos competentes acordos que fixem as taxas aplicáveis aos beneficiários, tendo em conta as condições locais e, se for o caso, as tabelas já em vigor, tanto do ponto de vista médico como do ponto de vista hospitalar;
 - f) Negociar, na medida do possível, com os regimes primários dos Estados-Membros, acordos gerais destinados a simplificar os procedimentos aplicáveis aos beneficiários do presente regime.

Artigo 40.º

Serviços de liquidação

1. Os serviços de liquidação são criados ou extintos pela Comissão sempre que esta o julgue necessário, tendo em conta, nomeadamente, os lugares de afectação dos funcionários.
2. A criação ou extinção de um Serviço de Liquidação de outra instituição só pode efectuar-se com o acordo desta última e ouvido o parecer do Comité de Gestão.
3. Os agentes dos serviços de liquidação exercem as atribuições previstas na presente regulamentação em conformidade com as directivas e sob a supervisão do chefe do Serviço Central.
4. A cada Serviço de Liquidação estão afectados médicos e dentistas assessores, que têm a seu cargo as tarefas decorrentes da presente regulamentação e das suas disposições gerais de execução.

O cargo de médico assessor afectado aos serviços de liquidação é incompatível com o de médico assessor de uma instituição.

5. É da competência dos serviços de liquidação:
 - a) Receber e liquidar os pedidos de reembolso das despesas apresentadas pelos inscritos nele registados e efectuar os correspondentes pagamentos;
 - b) Nos casos previstos na presente regulamentação e também no caso de o Comité de Gestão ou o Serviço Central levantarem questões de natureza médica relativas à liquidação de prestações, solicitar o parecer do médico assessor, que pode, eventualmente, obter o parecer do médico assessor da instituição em causa;

- c) Instruir os processos de pedidos de autorização prévia e dar-lhes o devido seguimento;
- d) Emitir os pareceres previstos na presente regulamentação;
- e) Secretariar os médicos assessores.

Artigo 41.º
Conselho Médico

O Comité de Gestão é assistido por um Conselho Médico, composto por um médico assessor de cada instituição e pelos médicos assessores de cada Serviço de Liquidação.

O Conselho Médico pode ser consultado pelo Comité de Gestão ou pelo Serviço Central relativamente a todas as questões de natureza médica que possam surgir no âmbito do presente regime. O Conselho Médico reúne a pedido do Comité de Gestão ou do Serviço Central, ou a pedido de um dos médicos assessores dos serviços de liquidação, e emite o seu parecer no prazo que lhe for indicado.

QUARTA PARTE

DISPOSIÇÕES FINANCEIRAS

TÍTULO I

GESTÃO

Artigo 42.º

Contribuições

As instituições e os organismos com vocação comunitária em causa depositam todos os meses, nas contas do Regime Comum de Seguro de Doença, até oito dias após o pagamento das remunerações, subsídios e abonos sujeitos à contribuição para o presente regime, as respectivas contribuições bem como as dos inscritos.

Artigo 43.º

Ordem de pagamento e verificação

1. A execução das receitas e das despesas do Regime Comum de Seguro de Doença efectua-se, por analogia, em conformidade com as disposições previstas no Regulamento Financeiro aplicável ao orçamento geral das Comunidades Europeias, em especial com o artigo 60.º
2. As receitas e os pagamentos a realizar pelos serviços de liquidação e o Serviço Central são objecto de verificação *ex ante* por agentes diferentes do agente que tenha iniciado a operação.

3. O Serviço Central efectua ou manda efectuar controlos *ex post*, no intuito de:
 - se certificar da legalidade e regularidade das operações efectuadas pelos serviços de liquidação e do respeito pelos princípios de boa gestão financeira,
 - se certificar, eventualmente em colaboração com os auditores internos das instituições, da correspondência entre as contribuições pagas pelas instituições e o encaixe das receitas a este título pelo Regime Comum de Seguro de Doença.
4. O Serviço Central comunica ao Comité de Gestão os dispositivos de controlo interno e os resultados dos controlos efectuados.

TÍTULO II

CONTABILIDADE

Artigo 44.º

Estrutura contabilística

1. A Comissão estabelece, por iniciativa do respectivo contabilista, uma contabilidade distinta extra-orçamental para acompanhar as operações relativas ao regime.
2. Para este efeito, obtido o parecer do Comité de Gestão, o contabilista da Comissão adopta um plano contabilístico que permita uma repartição das operações segundo a respectiva natureza e origem, que estabeleça uma distinção entre o conjunto das instituições comunitárias e os diversos organismos com vocação comunitária.

Este plano contabilístico estabelece uma distinção entre contas de exploração e contas de balanço.

3. O exercício é dividido em 12 períodos contabilísticos correspondentes aos 12 meses do ano civil.

Artigo 45.º

Documentos contabilísticos

1. Todas as operações relativas ao presente regime serão inscritas num "diário".
2. No final de cada período contabilístico, o contabilista da Comissão edita:
 - um "extracto de conta", com uma lista cronológica de todas as operações relativas a cada uma das contas movimentadas e a indicação do saldo de início e final de período,
 - "listas por agente", com a indicação por ordem cronológica, relativamente a cada conta "adiantamento" e a cada inscrito, do montante das operações ainda não regularizadas no final do período contabilístico,
 - um "balanço geral das contas".
3. Após o encerramento do primeiro semestre, o contabilista da Comissão edita, nos termos do n.º 2 do artigo 44.º:
 - uma "conta de resultado", que apresente o conjunto das despesas e receitas do semestre anterior,

- um "balanço intercalar", que discrimine o resultado relativo ao exercício em curso e a acumulação dos excedentes relativos aos exercícios anteriores e colocados em reserva.

Os mapas semestrais são transmitidos pela Comissão ao Comité de Gestão, ao auditor interno da Comissão e às instituições até seis semanas após o final do primeiro semestre.

4. Após o encerramento de cada exercício, o contabilista da Comissão edita, nos termos do n.º 2 do artigo 44.º:

- uma "conta de resultado", que apresente o conjunto das despesas e receitas do exercício anterior,
- um "balanço", que discrimine o resultado relativo ao exercício encerrado e a acumulação dos excedentes relativos aos exercícios anteriores e colocados em reserva.

Além dos documentos supramencionados, o contabilista deve editar todos os outros documentos contabilísticos que lhe sejam exigidos pelo Comité de Gestão.

5. Estes mapas financeiros anuais são sujeitos a um procedimento de certificação das contas fixado nas disposições gerais de execução da presente regulamentação.

6. O conjunto dos mapas financeiros anuais, acompanhados da nota de certificação, é transmitido pela Comissão ao Comité de Gestão e às outras instituições até 1 de Maio do exercício seguinte.

TÍTULO III

INFORMAÇÃO FINANCEIRA E EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO REGIME

CAPÍTULO 1

INFORMAÇÃO FINANCEIRA

Artigo 46.º

Conta de gerência

Até 1 de Maio de cada exercício, a Comissão apresenta ao Comité de Gestão, ao auditor interno da Comissão e às restantes instituições uma "conta de gerência", com:

- um quadro sintético da evolução do resultado do conjunto do regime nos cinco últimos exercícios, acompanhado de uma previsão para o exercício seguinte,
- um quadro idêntico com a evolução das despesas,
- um quadro idêntico com a evolução das receitas,
- um quadro idêntico com a evolução das despesas e receitas médias por inscrito.

Artigo 47.º

Análise financeira

No termo de cada exercício, o Serviço Central procede, sob sua responsabilidade, à análise financeira da situação do regime e envia o respectivo documento ao Comité de Gestão até 1 de Maio do exercício seguinte.

Com base nesta análise financeira e no conjunto dos mapas anuais referidos nos artigos 45.º e 46.º, o Comité de Gestão elabora o relatório anual mencionado na alínea c) do n.º 6 do artigo 38.º.

Artigo 48.º

Gestão financeira

Com base nos documentos anuais referidos nos artigos 45.º, 46.º e 47.º, acompanhados das eventuais observações do auditor que procedeu à certificação das contas e do contabilista da Comissão, bem como no relatório do Comité de Gestão mencionado na alínea c) do n.º 6 do artigo 38.º, os Chefes de Administração – em nome da instituição ou do órgão que representam – tomam nota da boa gestão administrativa efectuada pelo responsável do Serviço Central, no prazo de dois anos a contar da apresentação dos mapas financeiros anuais e da conta de gestão.

CAPÍTULO 2

EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO REGIME

Artigo 49.º

Equilíbrio financeiro

O objectivo financeiro do regime consiste em assegurar o equilíbrio, numa base periódica, entre as despesas e as receitas decorrentes da sua aplicação.

Artigo 50.º

Défice

1. Sempre que a situação contabilística revele um défice que comprometa o equilíbrio financeiro do regime, tal défice será coberto pelas reservas referidas no artigo 51.º.
2. Logo que se verifique a existência de um défice estrutural ou se a evolução da situação financeira do regime deixar antever o aparecimento de um tal défice, o Comité de Gestão deve submeter com urgência o assunto à apreciação das instituições, as quais, após parecer do Comité do Estatuto, decidem quais as medidas a tomar para restabelecer o equilíbrio financeiro.

Artigo 51.º

Reservas

1. Sempre que a situação contabilística revele um excedente, este será inscrito no passivo do balanço do regime, numa conta intitulada "Resultados colocados em reserva".

2. A Comissão, após parecer do Comité de Gestão, investe as reservas nas melhores condições, tendo em conta as necessidades do regime no que se refere ao respectivo fundo de maneio. O Serviço Central informa regularmente as outras instituições e o Comité de Gestão dos montantes assim investidos, bem como das modalidades de investimento, com base num relatório anual de gestão elaborado pelo serviço da Comissão responsável pela sua gestão.

Os juros dos investimentos constituem receitas do regime a título do exercício do respectivo investimento.

3. As reservas têm prioritariamente por destino cobrir os défices que possam ocorrer. As instituições examinarão periodicamente, após parecer do Comité de Gestão e do Comité do Estatuto e tendo em conta, nomeadamente, a evolução demográfica dos beneficiários, a oportunidade de utilizar as reservas para cobrir um eventual aumento dos riscos ou de alterar as disposições da presente regulamentação.

As regras que regulam o reembolso de despesas fixadas nas disposições gerais de execução podem igualmente ser alteradas em função da evolução do equilíbrio financeiro do regime, de acordo com as modalidades previstas no artigo 52.º.

QUINTA PARTE

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 52.º

Estabelecimento e actualização das regras que regulam o reembolso de despesas

1. Nos termos do terceiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto, as instituições delegam na Comissão a competência para estabelecer, mediante disposições gerais de execução, as regras que regulam o reembolso de despesas, no intuito de salvaguardar o equilíbrio financeiro do regime e observando o princípio de cobertura social que inspira o primeiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto.
2. As disposições gerais de execução são estabelecidas depois de obtido o parecer do Comité de Gestão e consultado o Comité do Estatuto.

Artigo 53.º

Revisão

1. A presente regulamentação pode ser revista, nas condições previstas no primeiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto, sob proposta de uma instituição, de um comité do pessoal ou do Comité de Gestão.
2. Qualquer proposta de revisão da regulamentação será objecto de parecer do Comité de Gestão.

Artigo 54.º

Revogação

É revogada a regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, com a última redacção que lhe foi dada em 20 de Janeiro de 1999, excepto os anexos.

Os anexos da regulamentação com a última redacção que lhe foi dada em 20 de Janeiro de 1999 são revogados a partir da entrada em vigor das disposições gerais de execução aprovadas pela Comissão.

A título transitório, até à aprovação destas disposições, todas as referências da presente regulamentação às "disposições gerais de execução" devem ser interpretadas como remetendo para os anexos da regulamentação mencionada no parágrafo anterior.

Artigo 55.º

Entrada em vigor

A presente regulamentação entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte àquele em que o comum acordo das instituições previsto no primeiro parágrafo do n.º 1 do artigo 72.º do Estatuto for constatado pelo Presidente do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias.

A presente regulamentação produz efeitos a partir da data do referido comum acordo.
