

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE LA SOLIDARITÉ  
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,  
DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

*Direction de la sécurité sociale*

Division des affaires communautaires  
et internationales (DACI)

**Circulaire DSS/DACI n° 2010-363 du 4 octobre 2010 relative à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale : dispositions maladie et maternité (circulaire R. 883 n° 4)**

NOR : SASS1025358C

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> mai 2010.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : les nouveaux règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 sont applicables depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010. Cette circulaire présente, pour les branches maladie et maternité, les apports de ces nouveaux textes, et rappelle les règles de coordination concernant la détermination compétente, le service des prestations en espèces et en nature. Elle comporte des annexes sous forme de fiche « Questions/réponses », d'arbres de décisions et de fiches décrivant les situations pour les prestations en nature.

*Mots clés* : Union européenne – coordination des systèmes de sécurité sociale – nouveaux règlements de coordination – dispositions maladie, maternité – mise en œuvre des nouveaux règlements.

*Références* :

Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, articles 48 et 352 ;

Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 modifiant le règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et déterminant le contenu de ses annexes.

*Annexes* :

Annexe I. - Questions/réponses.

Annexe II. - Règles de priorité en matière de prestations maladie.

Annexe III. - Détermination de l'État compétent pour les prestations en nature des pensionnés.

Annexe IV. - Prestations en nature.

*Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique ; la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État à Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs*

*salariés (CNAMTS) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) ; Mesdames et Messieurs les directeurs ou responsables des caisses, organismes ou services assurant la gestion d'un régime spécial ou autonome de sécurité sociale ; Monsieur le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour information).*

La coordination entre régimes européens en matière d'assurance maladie, maternité et paternité assimilées consiste à déterminer l'institution qui a la charge des prestations, en nature ou en espèces, pour les assurés, les pensionnés ou leurs ayants droit.

Pour ce faire, le règlement définit les règles de détermination de l'institution compétente, c'est-à-dire celle à qui incombe la charge des prestations en nature. Le règlement précise également l'étendue des droits ouverts, en cas de résidence ou de séjour dans un autre État.

La présente circulaire présente les apports des nouveaux règlements et rappelle les grandes règles et principes de coordination. Elle est accompagnée d'annexes comportant des fiches pour chacune des situations visées par la coordination, ainsi qu'une fiche de type « Questions/réponses » qui précise certains points d'instruction à l'intention des destinataires.

*NB :* les articles renvoient au règlement n° 883/2004 modifié, sauf lorsqu'il est précisé qu'il s'agit du règlement d'application n° 987/2009. Les annexes en chiffres romains sont celles du règlement de base, en chiffres arabes celles du 987/09.

### **Quels sont les apports des nouvelles règles de coordination ?**

#### *Des améliorations pour la prise en charge des soins*

L'information des assurés est renforcée par une obligation de mise à leur disposition de toutes les informations nécessaires sur les procédures et conditions d'octroi des prestations en nature dans le territoire d'un autre État. Les règles interdisant le cumul de prestations, notamment en matière de soins de longue durée, doivent également faire l'objet d'une information auprès des assurés.

Une définition est ajoutée pour les prestations en nature, qui permet notamment de conforter l'inclusion des frais de transport lorsqu'ils sont pris en charge au titre de la législation du lieu de séjour ou de résidence (*cf.* circulaire R. 883 n° 2).

Les modes de prise en charge des soins sont étoffés, en cas de séjour temporaire dans un autre État, y compris pour les soins programmés soumis à autorisation préalable. L'assuré peut obtenir leur prise en charge aux conditions et tarifs du lieu de soins ou de l'État de l'institution compétente.

Pour les seuls soins programmés, l'assuré qui demande la prise en charge par l'institution du lieu de séjour de ses dépenses et qui s'aperçoit que le montant qui aurait été pris en compte par l'institution compétente aurait été plus élevé, pourra obtenir de cette dernière, sur demande, un complément différentiel dans la limite des dépenses exposées (1).

#### *Une extension des droits pour les travailleurs frontaliers*

Le travailleur frontalier pouvait déjà bénéficier des prestations en nature dans son État de résidence et dans celui de son activité, à la charge de l'institution compétente. Les membres de sa famille bénéficient également de ces droits supplémentaires, sauf si les États concernés ont exprimé une volonté contraire lors de l'adoption du règlement, ce qui n'est pas le cas de la France.

Lorsque le frontalier prend sa retraite, il peut poursuivre un traitement entamé dans l'État d'activité. Le nouveau règlement prévoit que l'ancien frontalier peut disposer d'un accès illimité aux prestations en nature dans l'ancien État d'activité, si ce dernier et celui de résidence ont tous les deux opté en ce sens. Cet accès illimité aux prestations en nature dans l'ancien État d'activité est étendu sous certaines conditions aux membres de la famille, sauf si celui-ci a exclu ce droit en s'inscrivant dans une annexe.

#### *Une redéfinition des liens entre le pensionné et l'État compétent pour ses soins de santé*

Le règlement organise le passage aux factures sur la base des frais réels et la disparition du système des forfaits annuels basés sur les coûts moyens, sauf pour certains États, qui continuent à demander un remboursement des prestations en nature sur la base de forfaits (Irlande, Espagne, Italie, Malte, Pays-Bas, Portugal, Finlande, Suède, Royaume-Uni).

Le règlement rapproche les pensionnés des institutions compétentes pour leurs soins de santé, tout d'abord en ce qui concerne l'attribution des cartes européennes d'assurance maladie (CEAM). Celle-ci était auparavant émise par l'État de résidence, ils doivent désormais la demander à l'insti-

(1) Ce complément différentiel est de même nature et calculé de la même façon que le complément fixé par la Cour de justice, dans l'arrêt du 12 juillet 2001, Vanbraekel, aff. C-368/98. Les instructions concernant l'application des conséquences de cet arrêt demeurent inchangées.

tution désignée comme compétente en application du règlement de coordination. Cette solution s'applique également dans le cas particulier de soins de séjour dans l'État compétent, sauf si cet État, comme la France, a choisi d'accorder un accès illimité et direct aux prestations en nature pour les pensionnés résidant dans un autre État et dont les soins de santé sont à sa charge.

Un changement similaire concerne les autorisations pour les soins programmés, dont l'attribution relève désormais de l'État compétent. Toutefois, en cas de résidence dans un État qui a choisi de maintenir le système du forfait, celui-ci œuvre les soins programmés dans un autre État que celui de résidence, bénéficiaire du forfait. Pour d'autres États que la France qui n'accordent pas l'accès illimité et direct, le forfait œuvre également les soins programmés en cas de séjour dans l'État compétent.

Le règlement porte une autre conséquence pour les cotisations des pensionnés : un État est désormais en droit de prélever des cotisations sur l'ensemble des pensions, y compris étrangères, servies à un résident, dès lors que la charge des soins de santé lui incombe et dans la limite du montant qui serait prélevé, au total, sur une pension unique équivalente à la somme des pensions servies. La direction de la sécurité sociale étudie la mise en œuvre d'un tel prélèvement, qui relève du droit national et d'éventuels accords bilatéraux.

### **Quelles sont les règles de coordination pour les prestations maladie, maternité et paternité assimilées ?**

#### *La détermination de l'institution compétente*

##### Les règles de priorité

Le règlement définit des règles de priorité entre les droits (art. 31 et 32), d'une part ceux tirés de la qualité de travailleur sont prioritaires par rapport à ceux tirés de la qualité de pensionné, d'autre part les droits directs sont prioritaires par rapport aux droits dérivés, eux-mêmes prioritaires face aux droits tirés de la seule résidence (dans les États à système résidentiel).

Une assurance volontaire ou un régime spécial de fonctionnaires qui ne sont pas couverts par le règlement (régimes en Espagne et en Allemagne) ne peuvent pas rendre un autre État responsable du coût des prestations en nature d'une personne ou de ses ayants droit.

Lorsque des droits sont ouverts dans deux États, la règle actuelle de rattachement des ayants droit subsiste : il ne peut y avoir qu'un seul rattachement et c'est la législation de l'État de résidence de la famille qui s'applique, dès lors qu'un droit national est ouvert.

Enfin, les droits tirés de la résidence (régime étudiant, CMU, AME...) sont subsidiaires par rapport aux droits directs ou indirects.

Concernant le cas spécifique de prestations en nature de grande importance accordées par une institution (par exemple : prothèses, appareils d'orthopédie, fauteuils roulants, etc.), elles restent à la charge de celle-ci, même si l'institution compétente de la personne venait à changer.

Dans l'hypothèse particulière d'une famille où les deux parents ont des droits dans des régimes d'États différents, et où l'un est travailleur frontalier, le principe d'unicité de la législation applicable implique l'affiliation à un seul régime. Les échanges avec les autorités compétentes de nos partenaires conduisent à continuer d'appliquer la règle actuelle de rattachement à la législation de résidence de la famille, dès lors qu'un droit national est ouvert.

L'articulation des règles de priorité est résumée dans le schéma figurant en annexe II.

##### L'application aux catégories de personnes

Pour les travailleurs et leurs ayants droit, l'institution compétente est déterminée en application des règles sur la détermination de la législation applicable (cf. circulaire R. 883 n° 3).

Les demandeurs de pension et leurs ayants droit bénéficient d'un maintien du droit aux prestations en nature, servies par l'institution de leur lieu de résidence, pour le compte de l'institution qui serait désignée comme compétente s'ils avaient la qualité de pensionné (selon les modalités décrites plus bas).

Pour les pensionnés et leurs ayants droit, la détermination de l'institution compétente est plus complexe. L'institution compétente est celle de l'État débiteur de la pension, ou pour les poly-pensionnés d'un des États débiteurs d'une des pensions, en priorité celui du lieu de résidence, si les conditions prévues par la législation nationale sont remplies. Le dispositif, prévu aux articles 23, 24 et 25, est détaillé dans l'arbre de décision figurant en annexe III. L'institution compétente ainsi désignée assume seule et entièrement la charge des prestations en nature.

La complexité des règles applicables, la diversité des droits ouverts dans chaque situation rendent indispensable la mise en place d'un suivi spécifique des assurés ou pensionnés, résidant en France et à la charge d'un régime étranger, ou à la charge d'un régime français et résidant à l'étranger. S'agissant des pensionnés, pour lesquels la détermination de l'institution compétente peut être appelée à évoluer, notamment en fonction de leur résidence, ce suivi doit reposer sur une identification spécifique à même d'éviter une restriction injustifiée des droits ou, au contraire, le versement de prestations indues.

##### *Les prestations en nature*

En ce qui concerne les prestations en nature, le règlement organise le service des prestations par l'institution du lieu de résidence ou de séjour, même lorsqu'elle n'a pas la charge finale des presta-

tions. L'étendue des droits varie en cas de séjour dans un autre pays ou pour les frontaliers. Les fiches figurant en annexe IV de la circulaire suivant la numérotation ci-dessous, précisent pour chaque situation le circuit financier, la procédure et les références.

1. Les soins dans l'État de résidence, lorsqu'il n'est pas l'État de l'institution compétente, sont pris en charge par l'institution du lieu de résidence, dans les mêmes conditions que pour les assurés du régime local, à la charge de l'institution compétente. Cette procédure concerne aussi les ayants droit qui résident dans un autre pays, mais la qualité d'ayants droit est déterminée selon la législation de l'État de résidence.

2. En cas de séjour temporaire dans un autre État membre, les soins de séjour, c'est-à-dire les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical, afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent pour y recevoir le traitement nécessaire, sont pris en charge, sur présentation du document d'attestation (CEAM ou certificat provisoire de remplacement), par l'institution du lieu de séjour, dans les mêmes conditions que les assurés du régime local, à la charge de l'institution compétente. L'institution compétente peut effectuer la prise en charge aux conditions de l'institution de séjour ou aux siennes propres.

3. En cas de séjour temporaire dans un autre État membre motivé par un traitement médical, les soins sont qualifiés de programmés et font l'objet d'une demande d'autorisation préalable auprès de l'institution compétente. Muni de cette autorisation, la personne bénéficie d'une prise en charge par l'institution du lieu de séjour, dans les mêmes conditions que les assurés du régime local, à la charge de l'institution compétente. L'institution compétente peut effectuer la prise en charge aux conditions de l'institution de séjour ou aux siennes propres.

4. Dans le cas particulier d'un séjour temporaire dans l'État compétent, les soins sont pris en charge directement par l'institution compétente, comme si les personnes concernées y résidaient. Cette situation concerne les assurés et leurs ayants droit, sous réserve des restrictions spécifiques pour les travailleurs frontaliers, ainsi qu'aux pensionnés et à leurs ayants droit, uniquement si l'État compétent, qui a déjà la charge de leurs soins dans leur pays de résidence, leur a accordé ce droit en s'inscrivant, comme la France, à l'annexe IV.

5. Une règle particulière concerne les ayants droit d'un travailleur frontalier (actif), qui réside dans le même État que lui, en cas de séjour temporaire dans l'État compétent. Ils bénéficient des prestations en nature dans les conditions prévues au point 4, sauf si l'État compétent s'est inscrit à l'annexe III. Dans ce cas, qui ne concerne pas la France, les ayants droit en question ne bénéficient que d'un droit limité aux soins de séjour, dans les conditions mentionnées au point 2.

6. Les travailleurs frontaliers, lorsqu'ils deviennent pensionnés, peuvent bénéficier de droits spécifiques, un accès aux prestations en nature leur est maintenu en cas de séjour dans l'ancien État d'activité, à la charge de l'institution compétente. Cet accès est toutefois limité à la poursuite d'un traitement entamé lors de la période d'activité, défini comme le fait de déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme. Cet accès supplémentaire est étendu à ses ayants droit, sauf si l'État compétent s'est inscrit à l'annexe III.

7. En outre, les pensionnés anciens frontaliers peuvent bénéficier d'un accès généralisé aux prestations en nature en cas de séjour dans l'ancien État d'activité, à la charge de l'institution compétente, si les deux États correspondants ont fait cette option et sont tous deux inscrits à l'annexe V et si le pensionné remplit certaines conditions (il a travaillé deux ans comme frontalier durant les cinq années précédant la date d'effet de sa pension). Ce droit est étendu dans les mêmes conditions aux ayants droit.

#### *Les prestations en espèces*

En matière de prestations en espèces, les règles demeurent globalement inchangées dans le nouveau régime de coordination. Les prestations en espèces sont versées directement à l'assuré par l'institution compétente, en application de sa propre législation (notamment concernant les délais de transmission ou les contrôles). Dans le cadre d'un accord bilatéral, toutefois, ces prestations peuvent être servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence. Pour l'ouverture des droits, il peut être fait appel aux périodes accomplies dans un autre État ; en revanche, pour le calcul des prestations il n'est tenu compte que des revenus perçus sous la législation compétente.

#### 1. Indemnités journalières

En cas de résidence ou de séjour dans un État autre que l'État compétent, dans l'hypothèse d'un arrêt de travail, il appartient à l'assuré de transmettre directement à sa caisse d'affiliation le certificat d'incapacité de travail établi par le médecin, dans les délais prévus par la législation de l'État compétent.

Si les médecins de l'État de résidence ou de séjour ne délivrent pas de certificats d'incapacité de travail, l'assuré doit informer son employeur et, en même temps, s'adresser à l'institution de son lieu de résidence ou de séjour qui fera immédiatement procéder à une évaluation médicale de l'incapacité de travail et établira un certificat d'incapacité de travail.

L'institution compétente peut demander à l'institution du lieu de résidence ou de séjour de faire procéder à des contrôles administratifs ou médicaux. Elle peut également faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix. Si les prestations en espèces sont refusées, l'institution compétente le notifie à la personne et en informe l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

## 2. Prestations en espèces pour des soins de longue durée (prestations dépendance)

La demande de prestations pour des soins de longue durée doit être formulée directement auprès de l'institution compétente qui peut soit demander à l'institution du lieu de résidence ou de séjour de procéder à l'examen de l'intéressé, afin de déterminer les besoins en matière de soins de longue durée, soit faire examiner l'intéressé par un médecin de son choix.

Étant donné que les prestations de prise en charge de la dépendance peuvent prendre la forme, selon les pays, de prestations en espèces ou en nature, une règle d'information réciproque et de non-cumul est prévue entre l'institution du lieu de résidence ou de séjour et l'institution compétente. Le montant de la prestation en espèces est réduit du montant de la prestation en nature qui a été versée par l'institution du lieu de résidence ou de séjour. La liste des prestations concernées est en cours de publication au niveau européen et figurera sur le site du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

Vous voudrez bien veiller à la diffusion et à la bonne application des présentes instructions et me saisir des difficultés éventuelles qu'elles pourraient soulever.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT

## ANNEXE I

### QUESTIONS/RÉPONSES

#### 1. Que devient la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ?

La CEAM continue d'être utilisée, les circulaires DACI de 2004 et 2005 sont toujours en vigueur. Le seul changement concerne les pensionnés (et, accessoirement, les membres de famille d'un travailleur ne résidant pas avec lui) ne résidant pas dans l'État compétent pour leurs soins de santé, ce dernier doit désormais les délivrer. Il appartient à la CNAMTS de définir les modalités pratiques pour faciliter l'accès aux informations et la demande de CEAM pour ces pensionnés, même s'ils ne relevaient pas directement du régime général pendant leur activité professionnelle (cas des fonctionnaires, notamment).

#### 2. Comment s'applique le parcours de soins ?

Le parcours de soins continue de s'appliquer selon les modalités définies par la circulaire DACI du 27 mai 2005. Son application reste globalement liée à la résidence. En ce qui concerne les pensionnés ne résidant pas en France et dont les soins sont à la charge d'un régime français, le parcours de soins ne leur est donc pas opposable en principe. Toutefois si, pour ces pensionnés, des remboursements sont demandés pour des soins en France sur une période continue de plus de trois mois, les organismes d'assurance maladie sont invités à le signaler à la caisse nationale compétente et à la direction de la sécurité sociale.

#### 3. Que devient le transfert de résidence en cours de risque ?

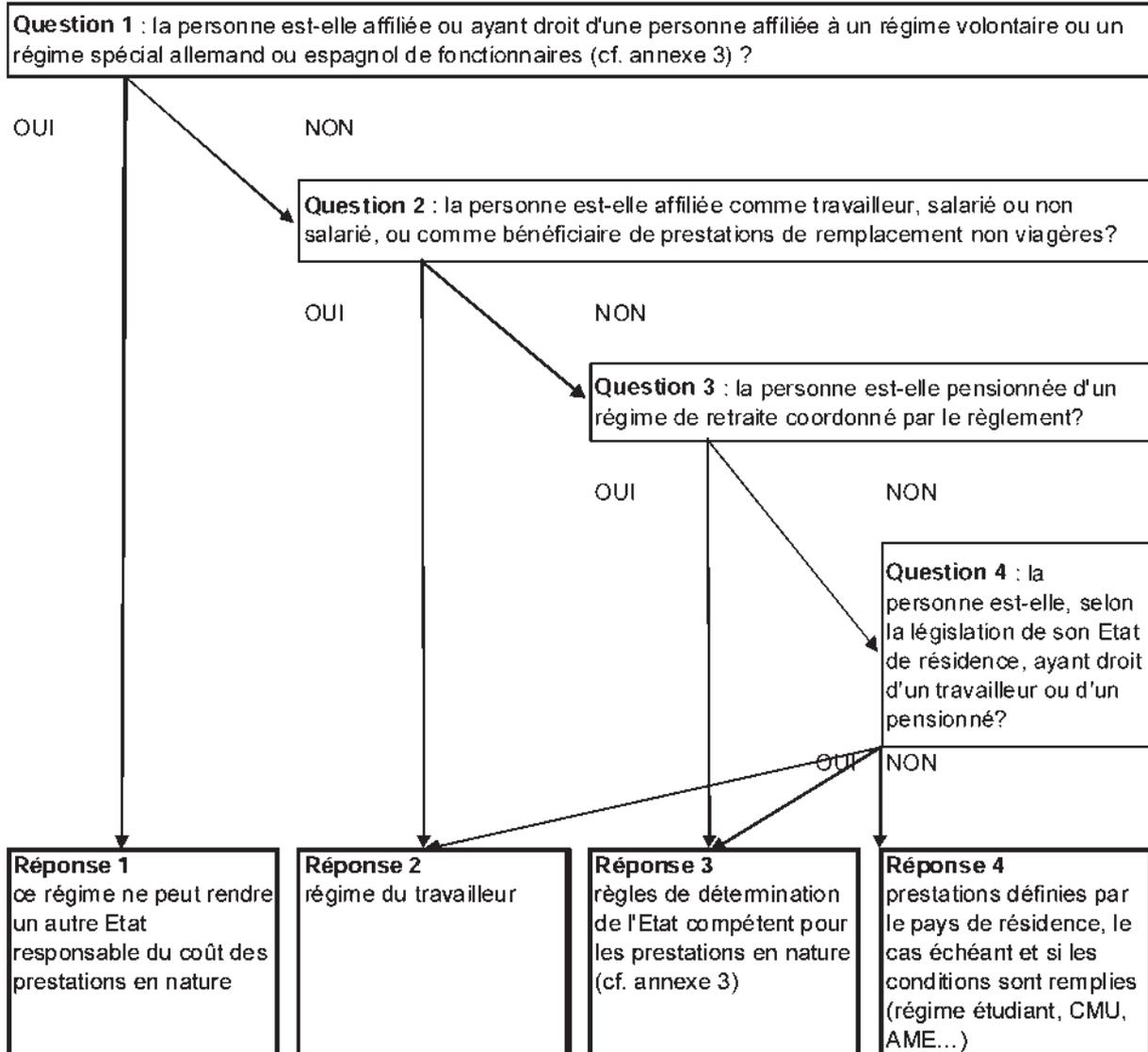
Bien que le texte des nouveaux règlements de coordination ne prévoient pas explicitement le cas de transfert en cours de risque, le principe de libre circulation tiré des traités européens demeure, et les caisses de sécurité sociale doivent continuer à appliquer les mêmes modalités de gestion qu'auparavant.

#### 4. Les personnes détachées au sens de la sécurité sociale peuvent-elles continuer à envoyer des feuilles de soins en France ?

Oui, là encore, la continuité est la règle. Les règles prévues dans la circulaire DACI du 16 septembre 2003 continuent de s'appliquer. Pour les détachés couverts par les règlements de coordination, toutefois, la base juridique se trouve désormais aux articles 25 et 26 du règlement 987/09, les situations étant assimilées à des soins de séjour dans un autre État membre.

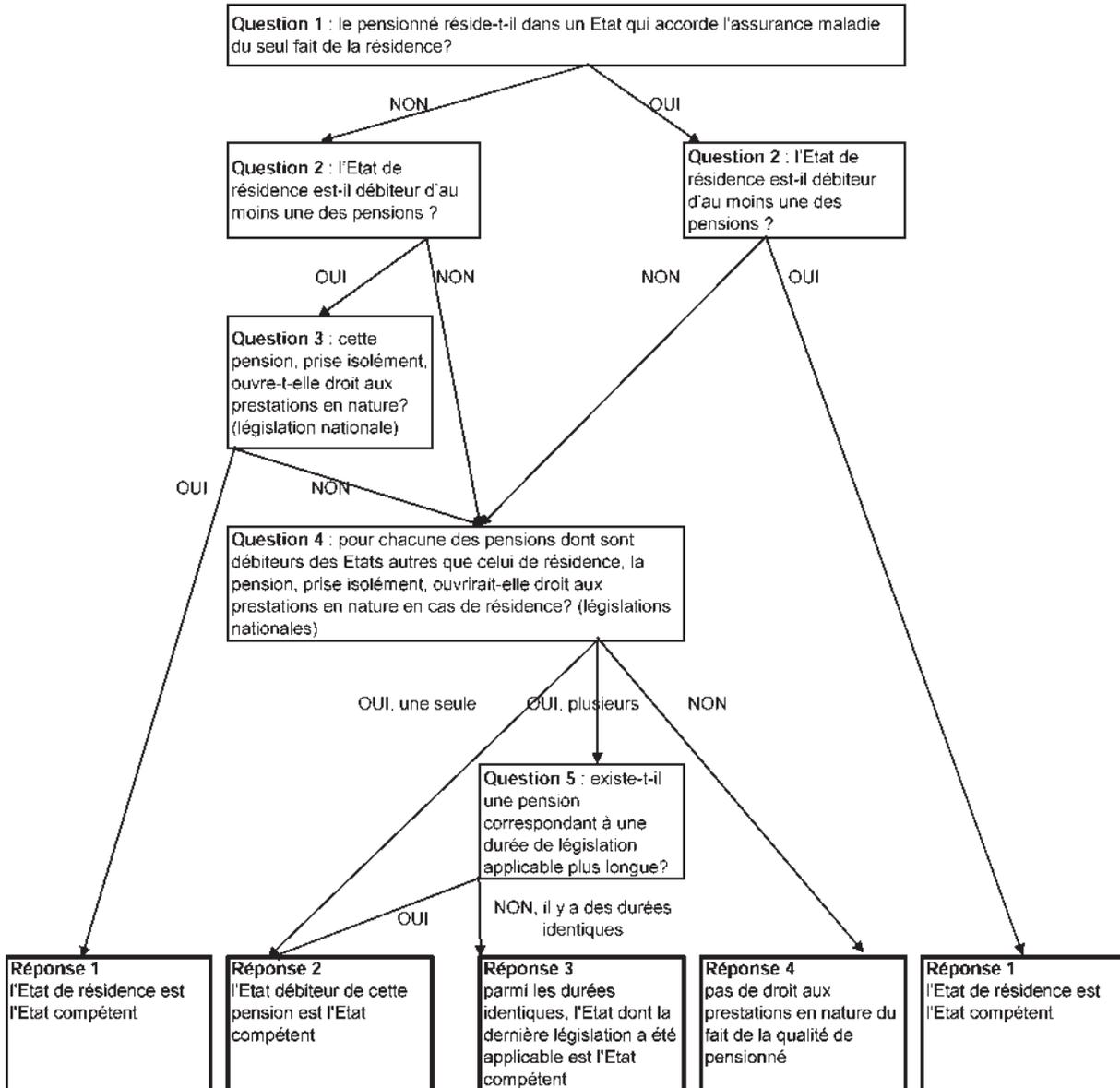
ANNEXE II

RÈGLES DE PRIORITÉ EN MATIÈRE DE PRESTATIONS MALADIE



ANNEXE III

DÉTERMINATION DE L'ÉTAT COMPÉTENT POUR LES PRESTATIONS EN NATURE DES PENSIONNÉS



## ANNEXE IV

### PRESTATIONS EN NATURE

#### 1. Soins dans l'État de résidence, qui n'est pas l'État compétent

*Qui est concerné ?*

La personne assurée et ses ayants droit.  
Le pensionné et ses ayants droit.

*Quelle est la situation visée ?*

Résidence dans un autre État que l'État compétent (attention, les ayants droit peuvent résider dans un autre État que l'ouvrant droit).

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prestations en nature pour tous types de soins.

*Quelle est la législation à appliquer ?*

Celle de l'État de résidence.

*À qui incombe la charge ?*

Institution compétente, uniquement par remboursement à l'institution de résidence.

*Quelle est la procédure ?*

1. La personne concernée s'inscrit auprès de l'institution de son État de résidence.
2. La personne assurée ou l'institution de l'État de résidence demande une attestation de droits à l'institution compétente.
3. L'institution compétente délivre cette attestation.
4. L'institution de résidence détermine, le cas échéant, les membres de famille à prendre en compte et communique l'information à l'institution compétente.
5. L'institution du lieu de résidence sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées étaient assurées selon sa propre législation, pour le compte de l'institution compétente.
6. L'attestation est valable tant que l'institution compétente n'informe pas l'institution de l'État de résidence de son annulation.
7. L'institution de l'État de résidence avise l'institution compétente des inscriptions, changements ou annulations.

*Références :*

883/04 : articles 17, 35 (remboursements entre institutions), 1 (définitions : personne assurée, membre de la famille, résidence, législation, institution, institution compétente, institution du lieu de résidence, État membre compétent, prestations en nature et pension) ;

987/09 : article 24, annexe III (États qui demandent le remboursement sur forfaits : Irlande, Espagne, Italie, Malte, Pays-Bas, Portugal, Finlande, Suède et Royaume-Uni) ;

Décisions commission administrative : S4 (remboursements entre institutions), S5 (prestations en nature), S6 (inscription dans l'État de résidence et tenue des inventaires).

Document portable : S1 (inscription en vue de bénéficiaire de la couverture d'assurance maladie).

#### 2. Soins de séjour

*Qui est concerné ?*

La personne assurée et ses ayants droit.  
Les pensionnés qui ont un droit ouvert aux prestations en nature, ainsi que leurs ayants droit.

*Quelle est la situation visée ?*

Séjour temporaire hors de l'État de résidence et/ou de l'État compétent.

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prise en charge des « soins de séjour », c'est-à-dire les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical, afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent ou de résidence habituelle pour y recevoir le traitement nécessaire.

*Quelle est la législation à appliquer ?*

Celle de l'État de séjour.

Il existe deux possibilités de prise en charge :

- une prise en charge par l'institution du lieu de séjour, si celle-ci le prévoit, aux tarifs et selon la réglementation qu'elle applique, les remboursements interviennent ensuite aux conditions de l'article 35 ;
- une prise en charge directe par l'institution compétente :
  - soit aux tarifs et selon la réglementation appliqués par l'institution du lieu de séjour ; dans ce cas, l'institution compétente peut faire une demande de tarifs à celle du lieu de séjour ; à défaut de tarifs, la prestation est prise en charge sur la base des forfaits (cf. art. 62 du 987/09) ;
  - soit, sur demande de l'assuré ou si la législation de l'État de séjour ne prévoit pas la prise en charge de ces prestations, aux tarifs et selon la réglementation appliquée par l'institution compétente ;
- dans tous les cas, le remboursement ne peut dépasser les montants supportés par la personne concernée.

*À qui incombe la charge ?*

À l'institution compétente.

*Quelle est la procédure ?*

1. Avant le séjour, la personne concernée demande à son institution compétente une attestation de ses droits aux prestations en nature (CEAM). À défaut d'une telle attestation, l'institution du lieu de séjour demande à l'institution compétente un certificat provisoire de remplacement.

2. L'institution du lieu de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées étaient assurées selon sa propre législation, pour le compte de l'institution compétente.

3. Par exception, pour des raisons d'organisation de l'offre de soins, un accord préalable du prestataire de soins peut être requis pour des traitements vitaux nécessitant le recours à une unité médicale, des personnels ou des équipements spécialisés (décision S3, exemples : dialyses, oxygénothérapie, traitements spéciaux pour l'asthme, échocardiographie dans le cas de maladies chroniques auto-immunes, chimiothérapie).

*Références :*

883/04 : articles 19, 27 (application aux pensionnés et membres de leur famille), 35 (remboursements entre institutions), 1 (définitions : personne assurée, membre de la famille, séjour, législation, commission administrative, règlement d'application, institution, institution compétente, État membre compétent, prestations en nature) ;

987/09 : article 25 ;

Décisions commission administrative : S1 et S2 (CEAM et certificat provisoire de remplacement), S3 (« soins de séjour »), S4 (remboursements entre institutions), S5 (prestations en nature).

### 3. Soins programmés

*Qui est concerné ?*

La personne assurée et ses ayants droit.

Les pensionnés qui ont un droit ouvert aux prestations en nature, ainsi que leurs ayants droit.

*Quelle est la situation visée ?*

Soins programmés : séjour temporaire pour traitement médical hors de l'État de résidence.

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prestations en nature objet de l'autorisation préalable par l'institution compétente.

*Quelle est la législation à appliquer ?*

Celle de l'État de séjour.

Il existe deux possibilités de prise en charge :

- une prise en charge par l'institution du lieu de séjour, si celle-ci le prévoit, aux tarifs et selon la réglementation qu'elle applique, les remboursements interviennent ensuite aux conditions de l'article 35 ;
- une prise en charge par l'institution compétente, aux tarifs et selon la réglementation appliqués par l'institution du lieu de séjour.

Dans ce cas, l'institution compétente peut faire une demande de tarifs à celle du lieu de séjour ; à défaut de tarifs, la prestation est prise en charge sur la base des dépenses réelles (cf. art. 62 du 987/09).

Dans la seconde hypothèse, si le montant qui serait pris en charge sur la base des dépenses réelles dans l'État des soins (coût réel) est inférieur au montant qu'aurait pris en charge l'institution compétente en cas de soins sur le territoire de l'État compétent (coût théorique, à domicile), l'institution compétente peut également rembourser, à la demande de la personne concernée, la différence entre le coût théorique et le coût réel, sans que la somme des remboursements dépasse les montants effectivement exposés par la personne concernée, et en tenant compte, le cas échéant, des restes à charge en vigueur dans l'État compétent (complément « Vanbraekel » pour les soins programmés).

*À qui incombe la charge ?*

À l'institution compétente.

Par exception, dans le cas de résidence dans un pays ayant opté pour le remboursement par forfaits (annexe III), l'institution du lieu de résidence est considérée comme institution compétente et la charge des prestations lui incombe :

- si les ayants droit résident dans cet État, qui est différent de celui de la personne assurée ;
- si les pensionnés résident dans un autre État que celui de l'institution désignée comme compétente pour les prestations en nature en application du règlement.

*Quelle est la procédure ?*

La personne concernée fait une demande d'autorisation préalable à son institution compétente (si les ayants droit résident dans un État différent de la personne assurée, et que cet État est inscrit à l'annexe III, l'institution de leur lieu de résidence est considérée comme institution compétente et l'examen de la demande d'autorisation préalable lui incombe).

L'institution compétente ne peut refuser d'accorder cette autorisation lorsque les soins répondent à une double condition : ils figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État de résidence de l'intéressé et ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. L'examen de ces conditions relève du service médical des organismes.

Si l'autorisation est accordée (document portable S2), l'institution du lieu de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées étaient assurées selon sa propre législation, pour le compte de l'institution compétente.

Cas particulier : lorsque la personne concernée ne réside pas dans l'État compétent (ou considéré comme compétent pour cet article), la personne concernée s'adresse à l'institution de son lieu de résidence, qui vérifie la double condition (les prestations sollicitées sont prévues par sa législation et ne peuvent pas être dispensées sur place dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie), et transmet immédiatement la demande d'autorisation et le résultat de ses vérifications à l'institution compétente :

- soit la double condition est remplie et les soins sont à caractère vital et urgent, alors l'institution du lieu de résidence octroie elle-même l'autorisation pour le compte de l'institution compétente et l'en informe immédiatement, l'institution compétente accepte les options prises par l'institution du lieu de résidence ;
- soit la double condition est remplie, les soins ne sont pas à caractère vital et urgent et l'institution compétente estime qu'ils peuvent être dispensés dans l'État compétent dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, l'institution compétente examine la demande ;
- soit la double condition n'est pas remplie, l'institution compétente examine la demande.

À tout moment pendant la procédure d'autorisation, l'institution compétente peut faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix, dans l'État de résidence ou de séjour.

L'institution du lieu de séjour informe l'institution compétente lorsque le traitement doit être complété au-delà des soins couverts par l'autorisation.

*Références :*

883/04 : articles 20, 27 (application aux pensionnés et membres de leur famille), 35 (remboursements entre institutions), 1 (définitions : personne assurée, membre de la famille, résidence, séjour, législation, règlement d'application, institution, institution compétente, institution du lieu de résidence, État membre compétent, prestations en nature) ;

987/09 : article 26, 25 paragraphes 4 et 5, annexe III (États qui demandent le remboursement sur forfaits : Irlande, Espagne, Italie, Malte, Pays-Bas, Portugal, Finlande, Suède et Royaume-Uni) ;

Décisions commission administrative : S4 (remboursements entre institutions), S5 (prestations en nature).

Document portable : S2 (droit aux soins médicaux programmés).

#### 4. Soins en cas de retour temporaire dans l'État compétent

*Qui est concerné ?*

La personne assurée qui réside dans un autre État que l'État compétent (y compris travailleurs frontaliers).

Ses ayants droit qui résident dans un autre État que l'État compétent (sauf pour les travailleurs frontaliers cf. fiche n° 5, art. 18.2). Le pensionné qui a un droit ouvert aux prestations en nature, ainsi que ses ayants droit, uniquement si l'État compétent accorde ce droit supplémentaire (inscription à l'annexe IV).

*Quelle est la situation visée ?*

Séjour dans l'État compétent, qui n'est pas l'État de résidence (retour temporaire).

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prestations en nature pour tous types de soins.

*Quelle est la législation à appliquer ?*

Celle de l'État de séjour, qui est l'État compétent.

*À qui incombe la charge ?*

Institution compétente, qui assume directement la charge (comme pour les assurés résidents).

*Quelle est la procédure ?*

À la suite de la procédure d'inscription et d'attestation (cf. fiche n° 1, art. 17), lors d'un séjour dans l'État compétent, l'institution de l'État de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées y résidaient (rappel : la qualité d'ayant droit est définie en application de la législation de l'État de résidence).

*Références :*

883/04 : articles 18.1, 27 (application aux pensionnés et membres de leur famille), 1 (définitions : personne assurée, membre de la famille, résidence, séjour, législation, institution, institution compétente, institution du lieu de résidence, État membre compétent, prestations en nature), annexe III (États qui restreignent le droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier à des prestations en nature : Danemark, Finlande, Suède, Irlande et Royaume-Uni, et, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2014 seulement, Estonie, Lituanie, Hongrie, Pays-Bas, Espagne et Italie), annexe IV (États qui accordent un droit supplémentaire pour les titulaires de pensions retournant dans l'État membre compétent : France, Belgique, Bulgarie, République Tchèque, Allemagne, Grèce, Espagne, Chypre, Luxembourg, Hongrie, Pays-Bas, Autriche, Pologne, Slovaquie et Suède).

#### 5. Droits spécifiques pour les frontaliers : les membres de la famille des travailleurs frontaliers

*Qui est concerné ?*

Les ayants droit d'un travailleur frontalier, qui résident avec lui dans un autre État que l'État compétent.

*Quelle est la situation visée ?*

Séjour dans l'État compétent, qui n'est pas l'État de résidence (retour temporaire).

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Cas n° 1 (droits restreints) : lorsque l'État compétent est le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Irlande ou le Royaume-Uni, ou, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2014 seulement, l'Estonie, la Lituanie, la Hongrie, les Pays-Bas, l'Espagne ou l'Italie (États inscrits à l'annexe III), prise en charge des « soins de séjour », c'est-à-dire les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical, afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent pour y recevoir le traitement nécessaire.

Cas n° 2 : prestations en nature dans les autres cas (renvoi art. 18.1).

*Quelle est la législation à appliquer ?*

Celle de l'État de séjour, qui est l'État compétent.

*À qui incombe la charge ?*

À l'institution compétente, qui assume directement la charge.

*Quelle est la procédure ?*

Cas n° 1 (droits restreints) : avant le séjour, la personne concernée demande à son institution compétente une attestation de ses droits aux prestations en nature (CEAM). À défaut d'une telle attestation, l'institution du lieu de séjour demande à l'institution compétente un certificat provisoire de remplacement. – L'institution du lieu de séjour sert les prestations selon sa propre législation. Par exception, pour des raisons d'organisation de l'offre de soins, un accord préalable du prestataire de soins peut être requis pour des traitements vitaux nécessitant le recours à une unité médicale, des personnels ou des équipements spécialisés (décision S3, exemples : dialyses, oxygénothérapie, traitements spéciaux pour l'asthme, échocardiographie dans le cas de maladies chroniques auto-immunes, chimiothérapie).

Cas n° 2 : idem article 18.1, à la suite de la procédure d'inscription et d'attestation (art. 17), lors d'un séjour dans l'État compétent, l'institution de l'État de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées y résidaient.

*Références :*

883/04 : articles 18.2, 19 (pour les États inscrits à l'annexe III) ou 18.1 (pour les autres États), 1 (définitions : membre de la famille, travailleur frontalier, résidence, séjour, législation, État membre compétent, prestations en nature), annexe III (États qui restreignent le droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier à des prestations en nature : Danemark, Finlande, Suède, Irlande et Royaume-Uni, et, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2014 seulement, Estonie, Lituanie, Hongrie, Pays-Bas, Espagne et Italie).

Document portable : S3 (soins médicaux à l'ancien travailleur frontalier dans l'ancien État d'activité).

#### **6. Droits spécifiques pour les frontaliers : poursuite du traitement pour les anciens travailleurs frontaliers**

*Qui est concerné ?*

Le pensionné ancien frontalier.

Ses ayants droit, sauf si l'État compétent est inscrit à l'annexe III.

*Quelle est la situation visée ?*

Soins dans l'ancien État d'activité.

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prestations en nature en vue de la poursuite d'un traitement (déceler, diagnostiquer et traiter une maladie jusqu'à son terme).

*Quelle est la législation à appliquer ?*

État de séjour (ancien État d'activité).

*À qui incombe la charge ?*

À l'institution compétente pour les prestations en nature du pensionné.

*Quelle est la procédure ?*

Si l'ancien État d'activité n'est plus l'État compétent, lorsque le pensionné ancien frontalier ou son ayant droit s'y rend pour obtenir des prestations en nature dans le cadre de la poursuite d'un traitement, il présente à l'institution du lieu de séjour un document délivré par l'institution compétente.

L'institution de l'État de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées y résidaient.

*Références :*

883/04 : articles 28.1, 35 (remboursements entre institutions), 1 (définitions : activité salariée, activité non salariée, travailleur frontalier, membre de la famille, résidence, séjour, institution, institution compétente, État membre compétent, prestations en nature et pension), annexe III (États qui restreignent le droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier à des prestations en nature : Danemark, Finlande, Suède, Irlande et Royaume-Uni, et, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2014 seulement, Estonie, Lituanie, Hongrie, Pays-Bas, Espagne et Italie) ;

Décisions commission administrative : S4 (remboursements entre institutions), S5 (prestations en nature) ;

Document portable : S3 (soins médicaux à l'ancien travailleur frontalier dans l'ancien État d'activité).

**7. Droits spécifiques pour les frontaliers :  
accès illimité aux prestations en nature pour les anciens travailleurs frontaliers**

*Qui est concerné ?*

Le pensionné ancien frontalier (à condition d'avoir exercé deux ans pendant les cinq années précédant la date d'effet de la pension).

Ses ayants droit (ou ses survivants s'ils résidaient avec le pensionné durant la période mentionnée précédemment).

L'ancien État d'activité du pensionné et l'État compétent doivent être inscrits tous les deux à l'annexe V.

*Quelle est la situation visée ?*

Soins dans l'ancien État d'activité.

*Quel est le droit pour l'intéressé ?*

Prestations en nature pour tous types de soins.

*Quelle est la législation à appliquer ?*

État de séjour (ancien État d'activité).

*À qui incombe la charge ?*

À l'institution compétente pour les prestations en nature du pensionné.

*Quelle est la procédure ?*

Si l'ancien État d'activité n'est plus l'État compétent, lorsque le pensionné ancien frontalier ou son ayant droit s'y rend pour obtenir des prestations en nature dans le cadre de la poursuite d'un traitement, il présente à l'institution du lieu de séjour un document délivré par l'institution compétente.

L'institution de l'État de séjour sert les prestations selon sa propre législation, comme si les personnes concernées y résidaient.

*Références :*

883/04 : articles 28.2 et 28.3, 35 (remboursements entre institutions), 1 (définitions : activité salariée, activité non salariée, travailleur frontalier, membre de la famille, résidence, séjour, législation, institution, institution compétente, État membre compétent, prestations en nature et pension), annexe V (États qui accordent des droits supplémentaires pour les anciens travailleurs frontaliers retournant dans l'État membre où ils exerçaient précédemment une activité de travailleur salarié ou non salarié : France, Belgique, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Autriche et Portugal ; les deux États en question doivent figurer dans cette annexe) ;

Décisions commission administrative : S4 (remboursements entre institutions), S5 (prestations en nature) ;

Document portable : S3 (soins médicaux à l'ancien travailleur frontalier dans l'ancien État d'activité).