

Circulaire DSS/DACI n° 2004-220 du 12 mai 2004 relative à l'application du règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures

12/05/2004

Le règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures, a été publié au Journal officiel de l'Union européenne n° L. 100 du 6 avril 2004 et entrera en vigueur le 1er juin 2004, ainsi que le mentionne son article 3 (avec un délai supplémentaire jusqu'au 1er juillet 2004 au plus tard pour la garantie d'un accès direct aux prestataires de soins). Le texte du règlement est annexé à la présente circulaire.

L'objet de ce règlement est de participer à la réalisation du plan d'action visant à éliminer les obstacles à la mobilité géographique, approuvé par le Conseil européen de Barcelone (15 et 16 mars 2002) qui a notamment décidé "qu'une carte européenne d'assurance maladie remplacera les formulaires actuellement nécessaires pour bénéficier de soins dans un autre Etat membre. La Commission présentera une proposition à cet effet avant le Conseil européen du printemps 2003. Cette carte simplifiera les procédures, mais ne changera pas les droits et obligations existants".

Dans une première étape, une carte européenne d'assurance maladie (CEAM), non électronique, est introduite à compter du 1er juin 2004, pour remplacer le seul formulaire E 111, avec pour finalité de simplifier les procédures pour l'accès aux soins et le bénéfice des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence s'il est différent (se reporter à la [circulaire n° DSS/DACI/2004/169 du 30 mars 2004](#) relative à la mise en oeuvre de la carte européenne d'assurance maladie [CEAM] - Circulaire CEAM n° 1.)

Le règlement n° 631/2004 permet d'atteindre cet objectif en facilitant l'introduction et l'utilisation de la carte européenne et le dépasse en modifiant "les droits et obligations existants" de façon à optimiser les avantages attendus par les usagers et les institutions de l'introduction de cette carte européenne de première étape.

Partant, en effet, de la situation actuelle dans laquelle différentes catégories d'assurés (travailleurs en déplacement non professionnel, travailleurs en déplacement professionnel, chômeurs, pensionnés, étudiants en déplacement autre que pour études, étudiants en déplacement pour études et personnes en déplacement pour une formation professionnelle) ont des droits différents, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit, en cas de séjour dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence, ce texte aligne "par le haut" les droits de toutes ces catégories d'intéressés lors d'un séjour temporaire (hors soins programmés).

Outre la simplification, pour les intéressés comme pour les institutions, qu'apporte cet alignement, le règlement modificatif simplifie la procédure d'accès aux soins de santé dans l'Etat de séjour en supprimant toute formalité administrative à l'arrivée sur le territoire de cet Etat et supprime deux autres procédures concernant des échanges d'informations entre l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente ou du lieu de résidence, l'une en cas d'hospitalisation de l'intéressé, l'autre en cas d'octroi de certaines prestations en nature de grande importance.

Enfin, l'application des dispositions modifiées du règlement n° 1408/71 ne pouvant s'effectuer dans de bonnes conditions sans une coopération loyale entre les institutions et les personnes bénéficiaires, le règlement modificatif rappelle cette nécessité et fixe le cadre de cette coopération et les obligations s'y rattachant.

La présente circulaire apporte sur ce nouveau texte les commentaires et précisions propres à en faciliter l'application par les institutions françaises de sécurité sociale.

I. - L'ALIGNEMENT DES DROITS AUX PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE SEJOUR TEMPORAIRE

1. Nouvelles dispositions applicables

L'article premier du règlement n° 631/2004 supprime les articles 22 ter et 34 ter du règlement n° 1408/71 et modifie les articles 22, paragraphe 1, point a), 25, paragraphe 1, 31 et 34 bis du même texte pour y remplacer les différentes dispositions concernant les conditions dans lesquelles un droit aux prestations en nature est reconnu dans l'Etat de séjour <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

par un dispositif nouveau et unique, à savoir qu'il s'agit de personnes "dont l'état vient à nécessiter des prestations en nature nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour" (ou sous une autre forme "des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires...")

Toute idée d'immédiateté de la nécessité des soins disparaît. Seule compte, pour les soins non programmés et de façon identique d'une catégorie de bénéficiaires à l'autre, la nécessité du point de vue médical des soins reçus pendant le séjour. Il ne s'agit donc pas d'une appréciation administrative ou a priori de cette nécessité, mais d'une appréciation médicale en fonction du cas d'espèce, prenant en compte deux éléments, la nature des prestations médicales en cause et la durée prévisible du séjour.

Anticipant l'entrée en vigueur du règlement, la commission administrative dans sa décision n° 194 du 17 décembre 2003 (non encore publiée) a fixé la portée de cette formule afin qu'elle reçoive une application uniforme et équilibrée.

Après avoir rappelé que ne sont pas visées les situations dans lesquelles les personnes se déplacent dans un autre Etat dans le but d'y recevoir un traitement médical ("soins programmés"), la décision mentionne (point 1, alinéas 1 et 2) que la prise en compte conjointe des deux éléments cités plus haut (nature des prestations et durée prévisible du séjour) implique que sont couvertes par les dispositions de ces articles "les prestations en nature médicalement nécessaires qui sont dispensées à une personne en séjour temporaire, dans le but d'empêcher que celle-ci ne soit contrainte de rentrer prématurément dans l'Etat compétent pour y recevoir les soins que son état de santé nécessite. De telles prestations visent à permettre à l'assuré de continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres compte tenu de la durée prévue du séjour".

On soulignera l'importance du considérant 7, qui rappelle que les critères fixés dans les articles concernés ne peuvent pas être interprétés comme excluant a priori de leur champ les prestations de soins nécessitées par des maladies chroniques ou des maladies préexistant au séjour effectué. Il ne faut en effet pas confondre les séjours dans un Etat qui sont uniquement motivés par le désir d'y recevoir des soins (soins dits programmés, reçus par définition pour une affection déclarée ou fortement présumée), situation qui n'est pas visée par la présente circulaire et qui nécessite dans le cadre du règlement d'obtenir pour ce faire une autorisation préalable sur formulaire E 112, et les séjours motivés par tout autre objectif (professionnel, familial, touristique...) au cours desquels les intéressés ont besoin de soins médicalement nécessaires, aussi bien pour une maladie subite ou un accident que pour une maladie chronique ou préexistante (rechute, nouvel accès, soins continus ou en cours...).

Est ainsi cité l'arrêt du 25 février 2003 (Ioannidis, aff. C-326/00) dans lequel la cour de justice a déjà indiqué que pour l'application de l'article 31 la notion de "soins nécessaires", qui sera désormais la norme pour toutes les catégories d'intéressés, ne peut "être interprétée en ce sens que ledit bénéfice serait limité aux seuls cas où les soins dispensés sont rendus nécessaires par une affection soudaine. En particulier la circonstance que les soins requis par l'évolution de l'état de santé de l'assuré social durant son séjour temporaire dans un autre Etat membre soient éventuellement liés à une pathologie préexistante et connue de l'assuré telle qu'une maladie chronique ne saurait suffire à empêcher l'intéressé de bénéficier des dispositions de l'article 31 du règlement n° 1408/71".

Désormais, en cas de séjour dans un autre Etat, les personnes couvertes bénéficieront des prestations en nature pour les soins (non programmés) médicalement nécessaires qui leur permettront de ne pas abrégé leur séjour pour se faire soigner et de le continuer jusqu'à son terme prévu en toute sécurité médicale.

2. Précisions complémentaires

En complément de la décision n° 194 mentionnée ci-dessus, les institutions pourront utilement se reporter au document annexé intitulé "Document 1 - Lignes directrices relatives à l'application uniforme de l'article 22 § 1 a) i) par les institutions de sécurité sociale des Etats membres."

Il s'agit d'un document rédigé par les services de la Commission et destiné aux représentants des Etats membres à la commission administrative. Comme tel, ce n'est pas un texte juridiquement contraignant, mais un commentaire autorisé sur les changements induits par les modifications dudit article, donnant des indications pratiques sur la façon dont les institutions d'assurance maladie auront désormais à traiter les demandes de prestations pour des personnes en séjour temporaire.

Certains développements doivent être adaptés en fonction des caractéristiques des régimes nationaux et il est bien certain par exemple que le point B.3 n'a pas de portée pratique en France, où la présentation préalable du formulaire E <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

111 à la CPAM n'était pas pratiqué, mais les institutions françaises d'assurance maladie pourront se reporter utilement à ces commentaires.

Dans ce vade-mecum, il convient tout particulièrement d'appeler l'attention sur la règle opératoire développée dans le paragraphe suivant :

"Une façon concrète d'apprécier l'application de l'article 22 § 1 a) i) du règlement n° 1408/71 est de déterminer si le traitement médical a eu pour objectif d'empêcher que l'assuré ne soit contraint de rentrer chez lui pour se faire soigner et si les prestations en nature qu'il a reçues étaient adaptées à l'objectif de lui permettre de poursuivre son séjour, s'il le souhaite, dans des conditions médicalement sûres en attendant d'être pris en charge par son médecin habituel. En d'autres termes, l'assuré a droit lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre à tous les soins qui sont nécessaires et qui lui permettent de continuer son séjour de sorte à éviter qu'il ne doive rentrer chez lui pour se faire soigner. Cette logique est exactement la même lorsqu'un assuré d'un Etat membre se déplace dans une autre partie du territoire et que le médecin qui le voit pour la première fois doit déterminer les soins qui lui sont nécessaires sachant que cette personne n'est que temporairement dans la région", ainsi que sur le paragraphe précisant qu'en cas de soupçon d'abus les institutions concernées au premier chef - institution compétente ou du lieu de résidence et institution du lieu de séjour - ont un devoir de coopération mutuelle et doivent collaborer et instaurer un dialogue en vue de l'examen du ou des cas d'espèce.

En tout état de cause, ces dispositions restent bordées par le fait qu'elles ne s'appliquent pas dans le cas où les intéressés se rendent dans un autre Etat dans le but d'y recevoir un traitement médical ("soins programmés"), cette situation relevant de l'article 22, paragraphe 1, point c), du règlement n° 1408/71 et nécessitant, dans ce cadre, une autorisation préalable de l'institution compétente ou du lieu de résidence.

3. Traitements vitaux accessibles uniquement dans des unités spécialisées

L'article 1er du règlement n° 631/2004 ajoute également un paragraphe 1 bis à l'article 22 du règlement n° 1408/71 concernant les prestations en nature qui, pour pouvoir être servies pendant un séjour temporaire, requièrent pour des raisons pratiques un accord préalable entre le patient et l'institution dispensant les soins. Il est prescrit que la commission administrative doit établir une liste de ces prestations en nature (au sens de prestations de soins). Les autres articles concernant le séjour temporaire sont modifiés dans le même sens directement ou par renvoi à l'article 22, paragraphe 1 bis.

Cet accord préalable n'a rien de comparable avec l'autorisation préalable mentionnée au point c) de l'article 22, paragraphe 1, du règlement. L'objet du paragraphe 1 bis est de prendre en compte le fait que pour des raisons pratiques (spécialité et disponibilité locale du traitement), certaines personnes dont l'état nécessite de façon vitale un traitement régulier ne se déplaceront pour séjourner temporairement dans un autre Etat, pour des raisons professionnelles, touristiques, familiales ou autres, que si elles sont assurées de pouvoir continuer à recevoir leur traitement pendant ce séjour. S'il s'agit d'un traitement spécialisé dont la disponibilité est limitée, un accord préalable entre le patient et l'unité de soins concernée s'avère nécessaire.

En ce sens la décision n° 196 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative, prise pour l'application de ce nouveau paragraphe, souligne que cet accord préalable a pour but de faciliter la libre circulation des personnes concernées dans des conditions médicalement sûres.

Son premier point dispose que "tout traitement médical vital et qui n'est accessible que dans des unités médicales spécialisées et/ou équipées du matériel et/ou du personnel adéquats doit en principe faire l'objet d'un accord préalable entre le patient et l'unité dispensant le traitement en cause pour s'assurer que le traitement est disponible lors du séjour temporaire de la personne assurée dans un autre Etat membre." Une liste, par définition non exhaustive, de traitements correspondant à ces critères est annexée à la décision et ne comporte en fait que deux entrées (dialyse rénale et oxygénothérapie), qu'il convient donc de considérer comme des exemples génériques et non comme une véritable liste.

De tels accords préalables ne concernent pas directement les institutions d'assurance maladie puisqu'ils interviennent directement entre les patients et les unités de soins spécialisées, mais il leur appartient de veiller si nécessaire à ce que de tels accords soient passés et à donner toutes informations utiles à ce sujet aux intéressés.

Pour garantir leur disponibilité pendant le séjour temporaire du patient, certains traitements médicaux vitaux dispensés dans des unités de soins spécialisées nécessitent qu'un accord préalable intervienne entre le patient et l'unité médicale concernée.

4. Bénéficiaires

Les bénéficiaires de ces nouvelles dispositions sont l'ensemble des personnes couvertes par les articles 22, 25, 31 et 34 du règlement n° 1408/71, soit, compte tenu également de l'article 22 bis dudit règlement et du règlement n° 859/2003 d'extension aux ressortissants d'Etats tiers, pratiquement toutes les personnes qui sont assurées au titre d'un régime légal français d'assurance maladie et les membres de leur famille (au sens des ayants droit).

La seule restriction concerne les assurés ressortissants d'Etats tiers qui, aux termes de l'article 1er du règlement n° 859/2003, doivent résider sur le territoire d'un Etat membre. Ne peuvent donc bénéficier de ces dispositions sur les prestations en nature servies en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre ceux d'entre eux qui ne résident pas sur le territoire d'un Etat de l'Union, mais sont néanmoins couverts par un régime légal français d'assurance maladie (salariés non détachés effectuant une prestation de service temporaire en France, saisonniers, autres travailleurs exerçant en France une activité sans y résider).

On précisera par contre, s'agissant des assurés ressortissants d'Etats tiers qui résident et sont assurés en France, que la deuxième condition fixée par le règlement n° 859/2003 pour son application, à savoir que les intéressés se trouvent dans une situation présentant un caractère européen, c'est-à-dire "dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul Etat membre", ne représente ici aucun obstacle, puisque le simple fait qu'un intéressé ou l'un de ses ayants droit effectue un séjour temporaire dans un autre Etat membre suffit pour que sa situation présente un caractère européen.

L'alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat pourra bénéficier à toutes les personnes assurées au titre d'un régime légal d'assurance maladie et à leurs ayants droit, quelle que soit la nationalité de ces personnes (à de rares exceptions près concernant des non-résidents ressortissants d'Etats tiers).

5. Portée géographique

Bien entendu, ces dispositions nouvelles s'appliquent en cas de séjour temporaire dans tout Etat sur le territoire duquel le règlement n° 1408/71 est applicable, c'est-à-dire l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne. Compte tenu du fait que cet alignement des droits prend effet le 1er juin 2004, soit après l'entrée en vigueur du traité d'adhésion, c'est l'Union élargie qui sera concernée, y compris donc les 10 nouveaux Etats membres (République tchèque, Estonie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Malte, Pologne, Slovaquie et Slovaquie).

Mais seront également visés dès le 1er juin 2004 les trois Etats liés par l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) qui ne sont pas membres de l'UE (Islande, Liechtenstein et Norvège). Ceux-ci ont en effet donné leur accord pour l'application du règlement n° 631/2004 avant même que celui-ci ait fait l'objet d'une extension officielle à l'EEE par la procédure formelle d'une décision en ce sens du comité mixte de cet accord.

Il en va de même pour la Suisse qui accepte elle aussi d'appliquer de facto le règlement n° 631/2004 de manière anticipée dès le 1er juin 2004 avant même que ce texte ait fait l'objet d'une décision d'extension aux rapports bilatéraux avec la Suisse, prise par le comité mixte de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes.

L'alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire sera effectif dès le 1er juin 2004 dans tout l'ensemble UE - EEE - Suisse.

6. Documents communautaires de mise en oeuvre

Ainsi que cela a déjà été indiqué, deux dispositifs communautaires complémentaires concernant le droit aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre entrent en vigueur conjointement le 1er juin 2004, d'une part le remplacement du formulaire E 111 par la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), décrit dans la circulaire du 30 mars 2004 (circulaire CEAM n° 1), et d'autre part l'alignement des droits, objet de la présente circulaire.

Pour tirer les conséquences de l'alignement des droits et du fait qu'il ne sera plus nécessaire désormais de distinguer des catégories différentes de personnes ayant des droits différents en cas de séjour temporaire, la décision n° 198 du 23 mars 2004 de la commission administrative (non encore publiée) modifie ou supprime un certain nombre de formulaires communautaires spécifiques à certaines catégories de personnes.

Sont ainsi supprimés à compter du 1er juin 2004 le formulaire E 110 (travailleurs salariés des transports internationaux), <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

dont le modèle était annexé à la décision n° 153 du 7 octobre 1993, et les formulaires E 128 et E 128 B (travailleurs détachés et travailleurs dans des situations comparables en séjour dans un Etat d'activité autre que l'Etat compétent ; personnes en séjour dans un Etat autre que l'Etat compétent pour y suivre des études ou une formation professionnelle), dont les modèles étaient annexés à la décision n° 177 du 5 octobre 1999.

En outre, le formulaire E 119 (travailleurs en chômage), dont le modèle était annexé à la décision n° 153 du 7 octobre 1993, est modifié, toujours à compter du 1er juin 2004, pour ne plus concerner les prestations en nature, mais seulement les prestations en espèces.

Par conséquent, la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et le certificat provisoire de remplacement deviennent les seuls documents à établir à partir du 1er juin 2004 en cas de séjour temporaire, quelle que soit la catégorie de personnes envisagée (mis à part bien sûr les Etats qui bénéficient d'un report pour la distribution des CEAM et du certificat et qui sont autorisés à titre dérogatoire à émettre pendant cette période transitoire des formulaires E 111 adaptés, dont le modèle est également fixé par cette décision n° 198.)

A partir du 1er juin 2004, les institutions d'assurance maladie ne doivent plus émettre aucun formulaire E 110, E 119 (sauf nouveau modèle pour les seules prestations en espèces) ou E 128. A toutes les personnes qui demandent une attestation de leurs droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire, quel qu'en soit le motif, il doit être délivré une CEAM ou un certificat provisoire de remplacement.

On notera que, contrairement à ce qu'a prévu la décision n° 191 pour les formulaires E 111 et E 111 B délivrés avant le 1er juin 2004, la décision n° 198 ne prévoit aucune disposition concernant les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B délivrés avant le 1er juin 2004 et dont la période de validité s'étend au-delà de cette date.

Dans le même souci d'assurer une continuité pour les intéressés dans l'exercice de leurs droits et d'avoir à retirer ou à considérer comme non valables des formulaires émis antérieurement à la réforme et dont la durée de validité n'a pas expiré, il convient de prendre une mesure de tolérance et de considérer, par analogie, que les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B délivrés avant le 1er juin 2004 doivent continuer à être acceptés jusqu'au 31 décembre 2004 au plus tard ou jusqu'à leur date d'expiration si elle est antérieure. Au-delà du 31 décembre 2004 la présentation d'un tel formulaire encore en cours de validité devra systématiquement donner lieu à une demande auprès de l'institution compétente ou du lieu de résidence du document adéquat (carte européenne ou certificat de remplacement, ou encore E 111 adapté pour les Etats encore en cours de période transitoire).

Cette mesure a donc pour conséquence de compléter la liste figurant derrière le premier tiret du point III 4) de la circulaire du 30 mars 2004.

Pour les personnes relevant d'un régime français et séjournant dans un autre Etat, il conviendra, sans préjudice des mesures comparables de tolérance éventuellement prises par cet Etat, de leur donner toutes informations utiles sur cette réforme et de les inciter à demander, selon le cas, une carte européenne ou un certificat de remplacement.

Toutefois, une tolérance est établie pour les formulaires E 110, E 119, E 128 et E 128 B en cours de validité le 1er juin 2004 et qui pourront encore être acceptés par les CPAM jusqu'au 31 décembre 2004.

II. - SIMPLIFICATION DES PROCEDURES

1. Accès direct aux prestataires de soins

Actuellement, l'article 22, paragraphe 1, du règlement n° 574/72 dispose que "pour bénéficier des prestations en nature de l'article 22, paragraphe 1, point a) i) du règlement, sauf dans le cas visé à l'article 20 du règlement d'application (travailleurs salariés des transports internationaux et membres de leur famille - formulaire E 110), le travailleur salarié ou non salarié est tenu de présenter à l'institution du lieu de séjour une attestation certifiant qu'il a droit aux prestations en nature." Une disposition similaire figure à l'article 26, paragraphe 1, pour les chômeurs et à l'article 31, paragraphe 1, pour les pensionnés.

Certains Etats membres, confortés par cette disposition, exigent encore dans leur réglementation des formalités supplémentaires que l'assuré doit accomplir en principe dès son arrivée sur le territoire de l'Etat de séjour, notamment d'avoir à présenter son attestation communautaire de droits (formulaire E 1.) à l'institution du lieu de séjour. Même si le

plus souvent ces formalités sont de facto perdues de vue par les intéressés et leur suivi non sanctionné, elles sont apparues inutilement restrictives et de nature à gêner la libre circulation des personnes.

L'article 2, point 5), du règlement n° 631/2004 modifie sur ce point l'article 22, paragraphe 1, précité qui disposera désormais que "pour bénéficier des prestations en nature en vertu de l'article 22, paragraphe 1, point a) i), du règlement, le travailleur salarié ou non salarié présente au prestataire de soins un document délivré par l'institution compétente certifiant qu'il a droit aux prestations en nature". Les autres dispositions similaires du règlement n° 574/72 sont également modifiées en ce sens.

On notera que l'application de cette mesure de simplification peut être retardée d'un mois au plus par rapport à la date d'effet du règlement n° 631/2004, l'article 5 de ce dernier indiquant qu'un "accès direct aux prestataires de soins est garanti à compter du 1er juillet 2004 au plus tard". Cette possibilité de léger différé a été adoptée à la demande de certains Etats membres pour des raisons techniques d'ordre interne.

Cette simplification n'a pas de conséquence en France où l'organisation de l'assurance maladie garantit déjà cet accès direct, mais elle pourra bénéficier aux personnes couvertes par un régime français lors de séjours temporaires dans certains Etats.

L'attention est cependant appelée sur le fait que la suppression des formalités purement administratives préalables à toute demande de soins ne signifie pas pour autant que tous les soins reçus dans l'Etat de séjour sont automatiquement et sans conditions pris en charge. En effet le principe demeure selon lequel une personne en séjour temporaire dans un autre Etat obtient la prise en charge des soins nécessaires du point de vue médical, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour, selon les dispositions de la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour, comme si cette personne était affiliée à cette institution, autrement dit avec les mêmes droits et obligations en matière de prestations en nature que les assurés du régime de l'Etat de séjour. Ces obligations peuvent par exemple comporter l'obligation de recourir à un médecin du système sanitaire public (existence d'un secteur privé hospitalier et non hospitalier hors de la sécurité sociale), l'obligation pour consu

lter un médecin spécialiste d'obtenir une prescription en ce sens d'un médecin généraliste, l'obligation de demander une entente préalable pour certaines prestations, etc.

2. Suppression de la notification d'hospitalisation

L'article 17, paragraphe 6, du règlement n° 574/72, concernant le service des prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent dispose qu'"en cas d'hospitalisation, l'institution du lieu de résidence notifie à l'institution compétente, dans un délai de trois jours suivant la date à laquelle elle en a pris connaissance, la date d'entrée à l'établissement hospitalier et la durée probable de l'hospitalisation, ainsi que la date de sortie. Toutefois, il n'y a pas lieu à notification lorsque les dépenses de prestations en nature font l'objet d'un remboursement forfaitaire à l'institution du lieu de résidence".

Un renvoi à cette disposition est repris dans les articles concernant le service des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat, rendant cette procédure de notification obligatoire également dans cette situation.

Constatant le caractère obsolète de cette procédure de notification et dans un souci de simplification, l'article 2 du règlement n° 631/2004 la supprime totalement, tant en cas de résidence dans un Etat autre que l'Etat compétent qu'en cas de séjour temporaire dans un autre Etat que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence.

En complément, la décision n° 198 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative supprime le formulaire E 113 "Hospitalisation, notification d'entrée et de sortie", dont le modèle était annexé à la décision n° 179 du 18 avril 2002.

En cas d'hospitalisation d'une personne lors d'un séjour temporaire, les institutions d'assurance maladie du lieu de séjour n'ont plus à émettre de notifications d'entrée et de sortie sur formulaire E 113.

3. Suppression de la notification/opposition en cas d'octroi de prestations en nature de grande importance

L'article 17, paragraphe 7, du règlement n° 574/72, concernant le service des prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent stipule que "'l'institution du lieu de résidence avise au préalable

l'institution compétente de toute décision relative à l'octroi de prestations en nature dont les coûts probables ou effectifs excèdent un montant forfaitaire arrêté et revu périodiquement par la commission administrative. L'institution compétente dispose d'un délai de quinze jours à compter de l'envoi de cet avis pour notifier, le cas échéant, son opposition motivée ; l'institution du lieu de résidence octroie les prestations en nature si elle n'a pas reçu d'opposition à l'expiration de ce délai. Si de telles prestations en nature doivent être octroyées en cas d'urgence absolue, l'institution du lieu de résidence en avise sans délai l'institution compétente. Toutefois, il n'y a pas lieu de notifier l'opposition motivée lorsque les dépenses de prestations en nature font l'objet d'un remboursement forfaitaire à l'institution du lieu de résidence".

Un renvoi à cette disposition est repris dans les articles concernant le service des prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat, rendant cette procédure de notification/opposition obligatoire également dans cette situation.

Toujours dans un souci de simplification, l'article 2 du règlement n° 631/2004 supprime totalement aussi cette deuxième procédure, tant en cas de résidence dans un Etat autre que l'Etat compétent qu'en cas de séjour temporaire dans un autre Etat que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence.

En complément, la décision n° 198 du 23 mars 2004 (non encore publiée) de la commission administrative supprime le formulaire E 114 "Octroi de prestations en nature de grande importance", dont le modèle était annexé à la décision n° 179 du 18 avril 2002.

En cas d'octroi de certaines prestations en nature de grande importance à une personne en séjour temporaire, les institutions d'assurance maladie du lieu de séjour n'ont plus à émettre de notifications sur formulaire E 114 et les institutions compétentes ne peuvent s'opposer à cet octroi du seul fait de la nature des prestations en cause.

III. - RELATIONS ENTRE LES INSTITUTIONS ET LES USAGERS

Considérant qu'une application efficace et correcte du règlement n° 1408/71 suppose que s'établisse une coopération loyale entre les institutions de sécurité sociale et les personnes couvertes, accroissant ainsi l'efficacité des premières et la satisfaction des besoins des seconds, le règlement n° 631/2004 introduit dans le règlement n° 1408/71 un article 84 bis nouveau traitant des relations entre les institutions de sécurité sociale et les personnes couvertes par le règlement.

Le paragraphe 1 de l'article nouveau consacre ce principe en stipulant que les institutions et les personnes couvertes par le règlement sont tenues à une obligation mutuelle d'information et de coopération. Pour les institutions, l'engagement, lié au principe de bonne administration, vise à répondre dans un délai raisonnable à toutes les demandes et de fournir à cette occasion toute information requise, notamment en cas de modification de la législation appliquée, permettant aux intéressés d'exercer les droits conférés par le règlement. Pour les personnes couvertes, l'engagement vise l'obligation d'informer dans les meilleurs délais les institutions concernées de l'Etat compétent et de l'Etat de résidence de tout changement dans leur situation personnelle ou familiale susceptible d'affecter leur droit à des prestations au titre du règlement, par exemple un début, un changement ou une fin d'activité professionnelle salariée ou non salariée, un transfert de résidence, un changement dans la situation familiale ou l'attribution d'une prestation au titre d'une autre législation nationale.

Le paragraphe 2 ajoute que le non-respect de cette obligation d'information de la part des personnes couvertes peut être sanctionné. Toutefois, transposant la jurisprudence de la Cour de justice (arrêt du 22 février 2001, Camarotto et Vignone, aff. jointes C-52/99 et C-53/99), le règlement précise que les mesures prises doivent être proportionnées et conformes au droit national, qu'elles ne doivent pas avoir des effets plus importants que ceux qui résultent des mesures applicables à des situations similaires relevant de l'ordre juridique interne (équivalence) et qu'elles ne doivent pas rendre impossible en pratique ou excessivement difficile l'exercice des droits conférés aux intéressés par le règlement n° 1408/71.

Enfin, le paragraphe 3 impose à l'institution de l'Etat compétent ou de l'Etat de résidence à s'adresser à toute autre institution d'un autre Etat membre concerné pour rechercher une solution en cas de difficulté d'interprétation ou d'application du règlement susceptible d'influer sur les droits d'une personne qu'il couvre. Si une solution n'est pas trouvée dans un délai raisonnable, les autorités compétentes de l'un des Etats concernés peuvent saisir la commission administrative de la question.

Ce dernier paragraphe fait implicitement référence également à la jurisprudence de la Cour de justice qui mentionne que l'institution du lieu de séjour et l'institution compétente ou du lieu de résidence assument conjointement la tâche d'appliquer les dispositions du règlement n° 1408/71 concernant le droit aux prestations en nature en cas de séjour
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

temporaire et doivent, conformément aux articles 10 du traité CE et 84 dudit règlement, coopérer (en collaborant et en instaurant un dialogue) afin d'assurer une application correcte des dispositions en cause et le plein respect des droits conférés par ces dispositions aux intéressés en vue de faciliter la libre circulation de ces assurés sociaux (arrêt du 25 février 2003, Ioannidis, aff. C-326/00.) Dans ce même arrêt la Cour souligne qu'il appartient à l'institution compétente ou du lieu de résidence de contribuer à faciliter une application correcte des dispositions en cause à son assuré. Par ailleurs, la Cour a affirmé à de nombreuses reprises que dans l'occurrence où les institutions concernées ne parviendraient pas à se mettre d'accord, notamment sur l'appréciation des faits propres à une situation spécifique et par conséquent sur la question de savoir si celle-ci relève d'un article déterminé du règlement n° 1408/71, il leur est loisible d'en appeler à la commission administrative (voir, par exemple, arrêt du 10 février 2000, Fitzwilliam, aff. C-202/97.)

Pour des raisons évidentes d'efficacité, la saisine de la commission administrative ne devrait intervenir qu'en cas de difficultés persistantes et sur des cas précis de divergence d'interprétation ou d'application. Les institutions ne peuvent toutefois saisir elles-mêmes la commission, mais doivent pour ce faire s'adresser à leurs autorités compétentes, membres de cette instance. Enfin, on retiendra que si cet article 84 bis a été conçu dans l'optique de l'application des dispositions du règlement relatives à l'assurance maladie, sa rédaction et sa place dans le règlement lui confèrent un rôle plus général et il doit s'appliquer pour tout le champ de ce texte.

Sont mentionnées les obligations réciproques d'information des institutions et des assurés dans un cadre de coopération mutuelle, la possibilité de sanctionner, sous certaines conditions restrictives, le non-respect par l'assuré de son obligation d'information des institutions et le devoir de coopération entre institutions en cas de difficultés d'interprétation ou d'application à l'occasion du traitement de cas particuliers. Cette coopération passe essentiellement par une mise en relation des institutions concernées, voire en cas d'insuccès par une saisine de la commission administrative.

IV. - AUTRES DISPOSITIONS

1. Adaptations à l'introduction de la CEAM

Si la création de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) pour se substituer au formulaire E 111 ne nécessitait pas l'intervention d'une mesure réglementaire, mais de simples décisions de la commission administrative, il convenait cependant d'adapter en retour certaines dispositions du règlement n° 574/72 à l'existence de la CEAM.

C'est ainsi que l'article 2, point 1), du règlement n° 631/2004 modifie l'article 2, paragraphe 1, du règlement d'application pour remplacer les termes "certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents" par le terme générique de "documents" afin de pouvoir englober les "cartes" électroniques ou non électroniques comme la CEAM de première étape. On notera également la suppression de la phrase : "Deux Etats membres ou leurs autorités compétentes peuvent, d'un commun accord, et après avis de la commission administrative, adopter des modèles simplifiés dans leurs relations mutuelles". Il a, en effet, été jugé préférable de laisser le soin à la commission administrative, dans ses différentes décisions fixant les modèles de documents, d'introduire ou non cette possibilité au cas par cas, selon la nature du ou des documents dont les modèles communautaires sont fixés.

De même, l'article 2, point 10), du règlement modificatif adapte le texte du paragraphe 1 de l'article 117 du règlement n° 574/72, concernant le traitement de l'information, pour remplacer également les mêmes termes "certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents" par le terme générique de "documents".

2. Information

L'article 3 du règlement n° 631/2004 stipule que "les Etats membres veillent à la fourniture des informations appropriées en ce qui concerne les modifications des droits et obligations qui sont introduites par le présent règlement". Compte tenu de la concomitance, le 1er juin 2004, de la prise d'effet de ce règlement modificatif et de l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), les actions de communication et d'information des institutions d'assurance maladie (cf. point II.3.) de la circulaire du 30 mars 2004) devront porter cumulativement sur les deux sujets, intrinsèquement liés.

A cet égard, il est indiqué au point I.2.) de la présente circulaire que les institutions peuvent se référer pour préparer leurs actions de communication et d'information à un document de la Commission, annexé et intitulé "Document 1 - Lignes directrices relatives à l'application uniforme de l'article 22 § 1 a) i) par les institutions de sécurité sociale des Etats membres".

En complément, et toujours pour le même objet, vous trouverez ci-joint deux autres documents de même provenance et <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

de même nature, intitulés "Document 2 - Informations pratiques à destination des prestataires de soins qui reçoivent les titulaires d'une carte d'assurance maladie européenne" et "Document 3 - Droits et obligations des titulaires des cartes européennes d'assurance maladie ou des documents équivalents suite à la modification des articles 22 §1 a), 25 §1 a) et 31 §1 a)".

Il est rappelé qu'il ne s'agit pas de textes juridiquement contraignants, mais de commentaires autorisés sur les changements induits par les modifications des articles cités, donnant des indications pratiques pour les institutions d'assurance maladie, les prestataires de soins et les usagers. Certains-développements doivent être adaptés compte tenu des caractéristiques des régimes français ou d'autres carrément abandonnés pour les mêmes raisons. Il ne s'agit que de lignes directrices et il n'y a donc aucune obligation de reprise point par point de ces textes.

En dernier lieu, je souligne l'intérêt qui s'attache à pouvoir disposer d'un suivi administratif et financier de la mise en oeuvre concomitante de ces deux séries de mesures de réforme (introduction de la carte européenne d'assurance maladie et alignement des droits aux prestations en nature en cas de séjour temporaire dans un autre Etat).

L'architecture retenue pour la production et la distribution des CEAM permettra d'assurer un suivi de production et d'obtenir des statistiques concernant les demandes de cartes et leur traitement.

Par ailleurs, le traitement des demandes de remboursement entre régimes nationaux (via les relevés E 125 désormais dématérialisés et qui seront adaptés en fonction de l'introduction des cartes et autres documents) par les institutions et par le CLEISS permettront d'avoir un suivi a posteriori et global des évolutions financières.

Mais il est nécessaire de pouvoir apprécier de façon plus fine et plus immédiate les effets sur les dépenses exposées dans les autres Etats, à charge des régimes français, de ces mesures d'alignement des droits et d'introduction d'une carte et il appartient aux caisses nationales de mettre en place les moyens particuliers de suivi qui leur paraîtront les plus appropriés, par exemple auprès de quelques caisses locales choisies pour leur représentativité et leur implication dans les mouvements étudiés, par des enquêtes par sondages ou sur échantillons ou par la mise en place d'indicateurs spécifiques.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application du règlement n° 631/2004 et des présentes instructions.

Pour le ministre et par délégation : Le directeur de la sécurité sociale, D. LIBAULT

Date d'application : 1er juin 2004

Références :

Règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
Règlement (CEE) n° 574/72 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 ;
Règlement (CE) n° 631/2004 modifiant les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures ;
Circulaire n° DSS/DACI/2004/169 du 30 mars 2004 relative à la mise en oeuvre de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) [Circulaire CEAM n° 1].

Textes modifiés : règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 relatifs à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

Annexe : "Le règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant le règlement (CEE) n° 1408/71 du conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la communauté, et le règlement n° 574/72 du conseil fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures" peut être consulté auprès de la direction de la sécurité sociale - bureau DACI.

Règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du conseil du 31 mars 2004 modifiant le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplace à l'intérieur de la Communauté,

et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour la Suisse)

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne,
Vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment ses articles 42 et 308 ;
Vu les conclusions du Conseil européen de Barcelone des 15 et 16 mars 2002 concernant la création d'une carte européenne d'assurance maladie ;
Vu l'avis du Comité économique et social européen,(1)
Après consultation du Comité des régions,
Statuant conformément à la procédure visée à l'article 251 du traité (2),

(1) JO C 32 du 5.2.2004, p. 78.

(2) Avis du Parlement européen du 4 décembre 2003 (non encore paru au Journal officiel) et décision du Conseil du 4 mars 2004.

Considérant ce qui suit :

1. Aux termes des conclusions du Conseil européen de Barcelone des 15 et 16 mars 2002, une carte européenne d'assurance maladie remplacerait les formulaires actuellement nécessaires pour bénéficier de soins dans un autre Etat membre. La Commission devait présenter une proposition à cet effet avant le Conseil européen de printemps de 2003. Une telle carte simplifierait les procédures.

2. Pour atteindre cet objectif et même le dépasser en optimisant les avantages offerts par la carte européenne d'assurance maladie pour les assurés et les institutions, certaines adaptations du règlement (CEE) n° 1408/71 du conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (1) sont nécessaires.

(1) JO L. 149 du 5.7.1971, p. 2 règlement consolidé par le règlement (CE) n° 118/97 (JO L. 28 du 30.1.1997, p. 1) et modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 1386/2001 du Parlement européen et du Conseil (JO L. 187 du 10.7.2001, p. 1).

3. Le règlement (CEE) n° 1408/71 prévoit actuellement des droits différents pour l'accès aux prestations en nature lors d'un séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent ou l'Etat de résidence selon la catégorie à laquelle appartiennent les personnes assurées en distinguant entre "soins immédiatement nécessaires" et "soins nécessaires". Pour une protection accrue des personnes assurées, il y a lieu de prévoir l'alignement des droits de toutes les personnes assurées en matière d'accès aux prestations en nature lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre que celui où la personne concernée est affiliée ou réside. Dans ces conditions, toutes les personnes assurées ont droit aux prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.

4. Il est essentiel que toutes les mesures nécessaires soient prises afin de garantir la bonne mise en oeuvre de l'article 22, paragraphe 1, point a) i) dans tous les Etats membres, notamment en ce qui concerne les prestataires de soins.

5. Pour certains types de traitements continus et nécessitant une infrastructure spécifique, tels que la dialyse par exemple, il est essentiel pour le patient que le traitement soit disponible lors de son séjour dans un autre Etat membre. A cet effet, la commission administrative établit une liste des prestations en nature qui font l'objet d'un accord préalable entre l'assuré et l'institution dispensant ces traitements pour garantir la disponibilité des soins et favoriser la liberté de l'assuré de séjourner temporairement dans un autre Etat membre.

6. L'accès aux prestations en nature lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre a lieu en principe sur présentation du formulaire adéquat prévu par le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil(2) fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Certains Etats membres exigent encore, sinon dans les faits, au moins dans les textes, l'accomplissement de formalités supplémentaires à l'arrivée sur leur territoire. Ces exigences, notamment l'obligation de présenter systématiquement et préalablement une attestation à l'institution du lieu de séjour certifiant le droit aux prestations en nature, apparaissent désormais inutilement restrictives et de nature à entraver la libre circulation des personnes concernées.

(2) JO L. 74 du 27.3.1972, p. 1. règlement consolidé par le règlement (CE) n° 118/97 et modifié en dernier lieu par le

règlement (CE) n° 1851/2003 de la Commission (JO L. 271 du 22.10.2003, p. 3).

7. Il convient que les Etats membres veillent à la fourniture des informations appropriées en ce qui concerne les modifications des droits et obligations qui sont introduites par le présent règlement.

8. Pour l'application efficace et correcte du règlement (CEE) n° 1408/71, une coopération loyale entre les institutions et les personnes couvertes par ce règlement est essentielle. Cette coopération suppose, de la part tant des institutions que de l'assuré, une information complète sur tout changement de situation susceptible de modifier les droits aux prestations, par exemple l'abandon ou le changement d'activité salariée ou non salariée par l'assuré, le transfert de résidence ou de séjour de celui-ci ou d'un membre de sa famille, le changement de situation familiale ou une modification de la réglementation.

9. Compte tenu de la complexité de certaines situations individuelles liées à la mobilité des personnes, il y a lieu de prévoir un mécanisme permettant aux institutions de régler les cas individuels dans lesquels des interprétations divergentes du règlement (CEE) n° 1408/71 et de son règlement d'application pourraient mettre en cause les droits de la personne concernée. A défaut d'une solution respectant l'ensemble des droits de l'intéressé, il y a lieu de prévoir la possibilité de saisir la commission administrative.

10. Pour mettre le règlement précité en phase avec l'évolution des techniques de traitement de l'information, dont la carte européenne d'assurance maladie est un élément essentiel puisqu'elle a vocation à terme à constituer un support électronique lisible dans tous les Etats membres, il convient d'adapter certains articles du règlement (CEE) n° 574/72 pour viser la notion de "document" entendue comme visant tout contenu quel que soit son support, à savoir support papier, support électronique, enregistrement sonore, visuel ou audiovisuel.

Ont arrêté le présent règlement :

Article 1er

Le règlement (CEE) n° 1408/71 est modifié comme suit :

1. L'article 22 est modifié comme suit :

a) au paragraphe 1, le point a) est remplacé par le texte suivant :

"a) dont l'état vient à nécessiter des prestations en nature nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour." ;

b) le paragraphe suivant est inséré :

"1.bis. La commission administrative établit une liste des prestations en nature qui, pour pouvoir être servies pendant un séjour dans un autre Etat membre, requièrent pour des raisons pratiques un accord préalable entre la personne concernée et l'institution dispensant les soins." ;

c) au paragraphe 3, le premier alinéa est remplacé par le texte suivant :

"Les paragraphes 1, 1 bis et 2 sont applicables par analogie aux membres de la famille d'un travailleur salariée ou non salarié." ;

2. L'article 22 bis est remplacé par le texte suivant :

"Article 22 bis

"Règles spécifiques pour certaines catégories de personnes

"Nonobstant l'article 2, l'article 22, paragraphe 1, points a) et c), et l'article 22, paragraphe bis, s'appliquent également aux personnes qui sont des ressortissants d'un Etat membre et qui sont assurées en vertu de la législation d'un Etat membre, ainsi qu'aux membres de leur famille, résidant avec eux." ;

3. L'article 22 ter est supprimé ;

4. L'article 25 est modifié comme suit :

a) le paragraphe 1 est remplacé par le texte suivant :

"1. Un travailleur en chômage qui était auparavant salarié ou non salarié auquel s'appliquent les dispositions de l'article 69, paragraphe 1, ou de l'article 71, paragraphe 1, point b) ii), deuxième phrase, et qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations en nature et en espèces, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 18, bénéficie pendant la durée prévue à l'article 69, paragraphe 1, point c) :

"a) des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical pour ce travailleur au cours du séjour sur le territoire de l'Etat membre où il recherche un emploi, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution de l'Etat membre dans lequel le travail concerné cherche un emploi, conformément aux dispositions de la législation que cette dernière institution applique, comme si ce travailleur y était affilié ;

"b) des prestations en espèces servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après un accord entre l'institution compétente et l'institution de l'Etat membre dans lequel le chômeur cherche un emploi, les prestations peuvent être servies par cette institution pour le compte de la première, selon les dispositions de la législation de l'Etat compétent. Les prestations de chômage prévues à l'article 69, paragraphe 1, ne sont pas octroyées pendant la période de perception des prestations en espèces." ;

b) l'article 31 est remplacé par le texte suivant :

"Article 31

"Séjour du titulaire et/ou des membres de sa famille dans un Etat membre autre que celui où ils ont leur résidence

"1. Le titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la législation d'un Etat membre ou de pensions ou de rentes dues au titres des législations de deux ou plusieurs Etats membres qui a droit aux prestations au titre de la législation d'un des ces Etats membres, ainsi que les membres de sa famille qui séjournent sur le territoire d'un Etat membre autre que celui où ils résident, bénéficient :

"a) des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un Etat membre autre que l'Etat de résidence, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, à la charge de l'institution du lieu de résidence du titulaire ou des membres de sa famille ;

"b) des prestations en espèces servies, le cas échéant, par l'institution compétente déterminée conformément à l'article 27 ou à l'article 28, paragraphe 2, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de séjour, ces prestations peuvent être servies par cette dernière institution pour le compte de la première, selon les dispositions de la législation de l'Etat compétent.

"2. L'article 22, paragraphe 1 bis, est applicable par analogie. ; 6. L'article 34 bis, est remplacé par le texte suivant :

"Article 34 bis

"Dispositions particulières concernant les étudiants et les membres de leur famille

"Les articles 18 et 19, l'article 22, paragraphe 1, point a) et c), l'article 22, paragraphe 2 bis, l'article 22, paragraphe 2, deuxième alinéa, l'article 22, paragraphe 3, les articles 23 et 24 et les sections 6 et 7 s'appliquent par analogie aux étudiants et aux membres de leur famille en tant que de besoin." ;

7. l'article 34 ter est supprimé ;

8. l'article suivant est inséré :

"Article 84 bis

"Relations entre les institutions et les personnes couvertes par le présent règlement

"1. Les institutions et les personnes couvertes par le présent règlement sont tenues à une obligation mutuelle d'information et de coopération pour assurer la bonne application du présent règlement.

"Les institutions, conformément au principe de bonne administration, répondent à toutes les demandes dans un délai raisonnable. Elles fournissent à cette occasion aux personnes concernées toute information requise aux fins de l'exercice des droits qui leur sont conférés par le présent règlement.

"Les personnes concernées sont tenues d'informer dans les meilleurs délais les institutions de l'Etat compétent et de l'Etat de résidence de tout changement dans leur situation personnelle ou familiale qui affecte leur droit à des prestations au titre du présent règlement.

"2. Le non-respect de l'obligation d'information prévue au paragraphe 1, troisième alinéa, peut entraîner l'application de mesures proportionnées conformément au droit national. Toutefois, ces mesures sont équivalentes à celles applicables à des situations similaires relevant de l'ordre juridique interne et ne doivent pas rendre en pratique impossible ou excessivement difficile l'exercice des droits conférés aux intéressés par le présent règlement.

"3. En cas de difficultés d'interprétation ou d'application du présent règlement, susceptibles de mettre en cause les droits d'une personne couverte par celui-ci, l'institution de l'Etat de résidence de la personne en cause s'adresse à la ou aux institutions de l'Etat membres concernés. A défaut d'une solution dans un délai raisonnable, les autorités concernées peuvent saisir la commission administrative." ;

Article 2

Le règlement (CEE) n° 574/72 est modifié comme suit :

1. A l'article 2, le paragraphe 1 est remplacé par le texte suivant :

"1. les modèles de documents nécessaires à l'application du règlement et du règlement d'application sont établis par la commission administrative.

"Ces documents peuvent être transmis les institutions, soit au moyen de formulaires papier ou autres formes, soit sous forme de messages électroniques standardisés via des services télématiques, conformément au titre VI bis. L'échange d'informations au moyen de services télématiques est subordonné à un accord entre les autorités compétentes de l'Etat membre expéditeur et ceux de l'Etat membre destinataire." ;

2. A l'article 17, les paragraphes 6 et 7 sont supprimés ;

3. A l'article 19 bis, le paragraphe est remplacé par le texte suivant :

"2. L'article 17, paragraphe 9, du règlement d'application est applicable par analogie." ;

4. L'article 20 est supprimé ;

5. L'article 21 est remplacé par le texte suivant :

"Article 21

"Prestations en nature en cas de séjour dans un Etat membre autre que l'Etat compétent

"1. Pour bénéficier des prestations en nature, en vertu de l'article 22, paragraphe 1, point a) i), du règlement, le travailleur salarié ou non salarié présente au prestataire de soins un document délivré par l'institution compétente certifiant qu'il a droit aux prestations en nature. Ce document est établi conformément à l'article 2. Si l'intéressé n'est pas en mesure de présenter ce document, il s'adresse à l'institution du lieu de séjour qui demande à l'institution compétente une attestation certifiant que l'intéressé a droit aux prestations en nature.

"Vis-à-vis du prestataire de soins, le document délivré par l'institution compétente certifiant le droit aux prestations en vertu de l'article 22, paragraphe 1, point a) i) du règlement, a, dans chaque cas individuel concerné, le même effet qu'un document national prouvant les droits des personnes assurées auprès de l'institution du lieu de séjour.

"2. L'article 17, paragraphe 9, du règlement d'application est applicable par analogie." ;

6. A l'article 22, le paragraphe 2 est remplacé par le texte suivant :

"2. L'article 17, paragraphe 9, du règlement d'application est applicable par analogie." ;

7. A l'article 23, le deuxième alinéa est remplacé par le texte suivant : "Toutefois, dans les cas visés à l'article 22, paragraphe 3, deuxième alinéa, du règlement, l'institution du lieu de résidence et la législation du pays de résidence des membres de la famille sont considérées respectivement comme l'institution compétente et la législation de l'Etat compétent pour l'application de l'article 7, paragraphe 9, et des articles 21 et 22 du règlement d'application." ;

8. L'article 23 est modifié comme suit :

"a) Le paragraphe 1 est remplacé par le texte suivant : "1. Pour bénéficier des prestations en nature en vertu de l'article 25, paragraphe 1, point a) et de l'article 25, paragraphe 1 bis, du règlement, le chômeur ou le membre de famille qui l'accompagne présente au prestataire de soins un document délivré par l'institution compétente certifiant qu'il a droit aux prestations en nature. Ce document est établi conformément à l'article 2. Si l'intéressé n'est pas en mesure de présenter ce document, il s'adresse à l'institution du lieu de séjour qui demande à l'institution compétente une attestation certifiant que l'intéressé a droit aux prestations en nature.

"Vis-à-vis du prestataire de soins, le document délivré par l'institution compétente certifiant le droit aux prestations en vertu de l'article 25, paragraphe 1, point a), du règlement a, dans chaque cas individuel concerné, le même effet qu'un document national prouvant les droits des personnes assurées auprès de l'institution du lieu où le chômeur s'est rendu." ;

"b) Le paragraphe suivant est inséré : "1 bis. Pour bénéficier, pour lui-même et pour les membres de sa famille, des prestations en espèces en vertu de l'article 25, paragraphe 1, point b), du règlement, le chômeur présente à l'institution d'assurance du lieu où il s'est rendu, une attestation à demander avant son départ à l'institution d'assurance compétente. Si le chômeur ne présente pas cette attestation, l'institution du lieu où il s'est rendu s'adresse à l'institution compétente pour l'obtenir. Cette attestation doit certifier l'existence du droit aux prestations en question, aux conditions énoncées à l'article 69, paragraphe 1, point a), du règlement, indiquer la durée de ce droit compte tenu des dispositions de l'article 69, paragraphe 1, point c), du règlement et, en cas d'incapacité de travail ou d'hospitalisation, préciser le montant des prestations en espèces à servir, le cas échéant, au titre de l'assurance maladie, pendant la durée précitée." ;

"c) Le paragraphe 3 est remplacé par le texte suivant :

"3. L'article 17, paragraphe 9, du règlement d'application est applicable par analogie." ;

9. L'article 31 est remplacé par le texte suivant :

"Article 31

"Prestations en nature aux titulaires de pensions ou de rentes et aux membres de leur famille en cas de séjour dans un Etat membre autre que celui où ils résident

"1. Pour bénéficier des prestations en nature en vertu de l'article 31 du règlement, le titulaire de pension ou de rente présente au prestataire de soins un document délivré par l'institution du lieu de résidence certifiant qu'il a droit aux prestations en nature. Ce document est établi conformément à l'article 2. Si l'intéressé n'est pas en mesure de présenter ce document, il s'adresse à l'institution du lieu de séjour qu'il demande à l'institution de résidence une attestation certifiant que l'intéressé a droit aux prestations en nature.

"Vis-à-vis du prestataire de soins, le document délivré par l'institution compétente certifiant le droit aux prestations en nature conformément à l'article 31 du règlement, a, dans chaque cas individuel concerné, le même effet qu'un document national prouvant les droits des personnes assurées auprès de l'institution du lieu de séjour.

"2. L'article 17, paragraphe 9, du règlement d'application est applicable par analogie.

"3. Les paragraphes 1 et 2 sont applicables par analogie pour l'octroi des prestations en nature aux membres de la famille visés à l'article 31 du règlement. Si ceux-ci résident sur le territoire d'un Etat membre autre que celui du titulaire de pension ou de rente, le document visé au paragraphe 1 leur est délivré par l'institution du lieu de leur résidence." ;

10. "A l'article 117, le paragraphe 1 est remplacé par le texte suivant :

"1. Sur la base des études et des propositions de la commission technique mentionnée à l'article 117 quarter du règlement d'application, la commission administrative adapte aux nouvelles techniques de traitement de l'information les modèles de documents, ainsi que les voies d'acheminement et les procédures de transmission des données prévues pour l'application du règlement et du règlement d'application."

Article 3

Les Etats membres veillent à la fourniture des informations appropriées en ce qui concerne les modifications des droits et obligations qui sont introduites par le présent règlement.

Article 4

Aux fins de la mise en oeuvre du présent règlement, les institutions de l'Etat de séjour veillent à ce que tous les prestataires de soins aient pleinement connaissance des critères fixés à l'article 22, paragraphe 1, point a) i), du règlement (CEE) n° 1408/71.

Article 5

Le présent règlement entre en vigueur le 1er juin 2004.

Un accès direct aux prestataires de soins est garanti à compter du 1er juillet 2004 au plus tard.

Le présent règlement est obligatoire dans tous ses éléments et directement applicable dans tout Etat membre.

Fait à Strasbourg, le 31 mars 2004.

Par le Parlement européen : Le président, P. COX

Par le Conseil : Le président, D. ROCHE

DOCUMENT 1

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES A L'APPLICATION UNIFORME DE L'ARTICLE 22, PARAGRAPHE 1 A) I) PAR LES

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

INSTITUTIONS DE SECURITE SOCIALE DES ETATS MEMBRES

Après l'entrée en vigueur du règlement modifiant les règlements 1408/71 et 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures ainsi que le déploiement de la carte européenne d'assurance maladie à partir du 1er juin 2004, qui vise dans un premier temps à remplacer le formulaire E 111, les personnes assurées pourront, lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre, s'adresser directement aux prestataires de soins afin d'y recevoir des prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires lors du séjour compte tenu de la durée du séjour et de la nature des prestations.

Le présent document se propose tout d'abord de mettre en évidence les éléments de permanence pour le traitement des dossiers des titulaires de la carte d'assurance maladie européenne (A), de présenter les nouveautés dans l'article 22 § 1 a) i) et ses conséquences pratiques (B) et, enfin, d'aborder la question des abus éventuels qui pourraient mettre en cause la prise en charge de certains soins ainsi que la procédure à suivre (C).

A. - CE QUI EST INCHANGE AVEC LA NOUVELLE REDACTION DE L'ARTICLE 22 § 1 A) I)

Le remplacement des formulaires par la carte européenne d'assurance maladie en tant que tel, ne modifie pas le mécanisme de coopération entre les institutions des Etats membres. Comme auparavant, l'institution du lieu de séjour est remboursée du coût des soins dispensés à un assuré d'un autre Etat membre titulaire d'une carte européenne en cours de validité ou, le cas échéant, d'un formulaire E 111 pour les Etats membres bénéficiaires d'une période transitoire(1).

(1) La liste des Etats membres bénéficiaires d'une période transitoire pour l'introduction de la carte européenne sera communiqué aux Etats membre par note CASSTM. Les modalités de publicité de cette liste seront déterminées ultérieurement.

B. - CE QUI CHANGE AVEC LA NOUVELLE REDACTION DE L'ARTICLE 22 § 1 A) I)

1. Suppression de la distinction entre soins immédiatement nécessaires et soins nécessaires

Suite à l'entrée en vigueur de la proposition citée ci-dessus, la distinction entre les soins immédiatement nécessaires et les soins nécessaires dans le contexte d'un séjour temporaire est supprimée. La prise en charge des soins sera alignée sur celle plus large qui était réservée auparavant aux retraités, aux étudiants et aux chômeurs.

Désormais, tous les titulaires de la carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire E 111 auront droit à la prise en charge "des prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des soins et la durée prévue du séjour"/"benefits in kind which become medically necessary during a stay in the territory of another Member State, taking into account the nature of the benefits and the expected length of the stay" (texte de l'article 22 § 1 a) i) du règlement 1408/71).

La nouvelle rédaction de l'article 22 § 1 a) i) impose donc trois conditions auxquelles les soins devront répondre pour pouvoir être remboursés, à savoir la (1) nécessité médicale, compte tenu de (2) la durée du séjour et (3) la nature des prestations.

Bien que ces trois éléments soient importants, cette disposition comporte comme élément central un critère médical pour l'appréciation duquel un praticien médical est essentiel. Pour cette raison, on peut considérer qu'une consultation auprès d'un médecin généraliste lors d'un séjour temporaire ne devrait en principe pas faire l'objet d'une difficulté pour le remboursement. En effet, la première visite est nécessaire dans tous les cas parce qu'elle vise d'abord à identifier le problème.

2. Prestations en nature susceptibles d'être prises en charge dans le cadre de l'article 22 § 1 a) i) du règlement 1408/71

L'article 22 § 1 a) i) du règlement 1408/71 est un corollaire aux articles 39 (libre circulation des travailleurs) et 49 (libre prestation des services) du traité CE et doit, par conséquent, être appliqué et interprété dans le sens de ces libertés afin de faciliter - et non restreindre - les situations où le remboursement ou la prise en charge d'un traitement médical dispensé dans un autre Etat membre que l'Etat compétent peut intervenir.

En particulier, les critères de l'article 22 §1 a) i) du règlement 1408/71 ne doivent pas être interprétés de manière <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dssdaci-no-2004-220-du-12-mai-2004-relative-a-lapplication-du-reglement-c-e-no-6312004-du-parlement-europeen-et-du-conseil-du-31-mars-2004-modifiant-les-reglements-cee-no-140871-et/>

restrictive, notamment lorsqu'est en cause une pathologie préexistante, qui doit être admise dans le cadre de cette disposition. La Cour a d'ailleurs précisé dans l'arrêt du 25.02.2003 (affaire C-326/00, Ioannidis) que cette notion de "soins nécessaires" ne peut être interprétée "en ce sens que ledit bénéficiaire serait limité aux seuls cas où les soins dispensés sont rendus nécessaires par une affection soudaine. En particulier, la circonstance que les soins requis par l'évolution de l'état de santé de l'assuré social durant son séjour provisoire dans un autre Etat membre soient éventuellement liés à une pathologie préexistante et connue de l'assuré telle qu'une maladie chronique ne saurait suffire à empêcher l'intéressé de bénéficier des dispositions de l'article 31 du règlement 1408/71" (point 41 de l'arrêt).

Après l'alignement des droits, cette approche auparavant valable pour les seuls titulaires de pension doit être retenue pour toutes les catégories d'assurés aux fins de la bonne application des dispositions de l'article 22 §1 a) i) du règlement 1408/71.

3. L'accès direct aux prestataires de soins

Jusqu'à présent dans certains Etats membres, l'assuré muni d'un E 111 devait, au préalable, se présenter à l'institution de sécurité sociale de ce lieu de séjour temporaire, avant d'avoir accès à un prestataire de santé. Cette procédure est supprimée. Désormais, les prestataires de soins de santé des Etats membres de séjours recevront directement les titulaires de carte d'assurance maladie européenne.

Pour prévenir d'éventuelles difficultés au niveau des prestataires de soins, il est recommandé aux institutions de sécurité sociale d'informer ces prestataires sur le comportement qu'ils doivent adopter pour accueillir et soigner les titulaires d'une carte européenne ou de E 111, en particulier pour que les prestataires de soins apprécient leurs prestations médicales en fonction de la durée de séjour de l'assuré dans l'Etat membre.

C. - LES ABUS ET LES LITIGES EVENTUELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 22 § 1 A) I)

La prise en charge des prestations en nature qu'un assuré aura reçues dans un autre Etat membre ne peut être remise en cause que s'il est démontré que les prestations en question ne répondent pas aux éléments suivants : être médicalement nécessaires compte tenu de la durée du séjour et de la nature du traitement.

C'est à partir de ces éléments qu'une institution pourrait éventuellement interroger l'institution de sécurité sociale de l'Etat membre dans lequel un assuré a reçu des soins lors de son séjour temporaire et chercher ainsi à éviter que les soins dispensés sur la base d'une carte européenne (le cas échéant, le formulaire E 111 pour les Etats membres qui bénéficieront d'une période transitoire) ne soient en réalité des soins programmés déguisés, c'est-à-dire des soins pour lesquels, conformément au règlement 1408/71, une autorisation préalable aurait dû être demandée pour une prise en charge selon les tarifs de l'Etat membre de séjour temporaire(1).

(1) Il importe de rappeler qu'indépendamment du mécanisme de prise en charge de soins obtenus dans un autre Etat membre que celui de l'assuré prévu par le règlement 1408/71, les personnes qui se rendent directement à l'étranger pour y subir des soins peuvent prétendre obtenir, sous certaines conditions, la prise en charge des dépenses liées à ces soins, sur la base de l'article 49 du traité (affaires C-158/96, Kohll arrêt du 28 avril 1998, C-120/95 Decker arrêt du 28 avril 1998, C-157/99 Smits et Peerbooms arrêt 12 juillet 2001, C-385/99 Müller-Faure/Van Riet arrêt 13 mai 2003, C-56/01 Inizan arrêt du 23 octobre 2003).

Il faut rappeler que la remise en cause de la nécessité des soins doit être sérieusement motivée. En particulier, la Cour a précisé dans l'affaire Rindone (arrêt du 12 mars 1987, 22/86) que l'institution compétente était liée par un certificat délivré par le médecin de l'institution du lieu de résidence. Les médecins établis dans d'autres Etats membres doivent se voir reconnaître toutes les garanties équivalentes à celles accordées aux médecins établis sur le territoire national aux fins de la libre prestation de services (voir arrêt du 28 avril 1998, aff. Kohll, C-156/96).

Par ailleurs, le but n'est pas de multiplier les examens médicaux en cas de soupçon d'abus. A cet effet, il est utile de rappeler que la Cour a indiqué dans son arrêt du 27 juin 1991 (affaire Martinez Vidal, C-344/89) que l'institution compétente a, afin d'éviter notamment la répétition des examens qui ont eu lieu dans d'autres Etats membres, l'obligation de tenir compte des documents et rapports qui auraient été établis par l'institution de tout autre Etat membre, telle que l'institution de l'Etat de résidence. Cette approche en matière de reconnaissance d'invalidité est également pertinente aux fins de l'application des dispositions de l'article 22 du règlement 1408/71.

Une façon concrète d'apprécier l'application de l'article 22 § 1 a) i) du règlement 1408/71 est de déterminer si le traitement médical a eu pour objectif d'empêcher que l'assuré ne soit contraint de rentrer chez lui pour se faire soigner, et si les prestations en nature qu'il a reçues étaient adaptées à l'objectif de lui permettre de poursuivre son séjour, s'il le souhaite, dans des conditions médicalement sûres en attendant d'être pris en charge par son médecin habituel. En d'autres termes, l'assuré a droit lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre à tous les soins qui sont nécessaires et qui lui permettent de continuer son séjour de sorte à éviter qu'il ne doive rentrer chez lui pour se faire soigner. Cette logique est exactement la même lorsqu'un assuré d'un Etat membre se déplace dans une autre partie du territoire et que le médecin qui le voit pour la première fois doit déterminer les soins qui lui sont nécessaires, sachant que cette personne n'est que temporairement dans la région.

En cas de soupçon d'abus, les institutions collaborent et doivent instaurer un dialogue. Cette obligation a été clairement mentionnée par la Cour dans l'affaire Ioannidis précitée :

"L'institution du lieu de séjour et celle du lieu de résidence assument conjointement la tâche d'appliquer les articles 31 et 36 du règlement n° 1408/71 et 31 et 93 du règlement n° 574/72 et doivent, conformément aux articles 10 CE et 84 du règlement n° 1408/71, coopérer afin d'assurer une application correcte des dispositions susmentionnées et, partant, le plein respect des droits conférés par l'article 31 du règlement n° 1408/71 aux titulaires de pensions ou rentes et aux membres de leur famille en vue de faciliter la libre circulation de ces assurés sociaux." (point 51 de l'arrêt)

Dans ce même arrêt est également rappelée l'obligation pour les institutions des Etats membres de ne pas pénaliser les personnes assurées et de procéder sans tarder aux remboursements des sommes qu'ils ont engagées pour des prestations en nature dont le paiement aurait été exigé dans l'Etat membre de séjour temporaire. L'affaire Ioannidis en question portait précisément sur une divergence d'interprétation ou une mauvaise application des dispositions du règlement 1408/71 (exigence d'un formulaire E 112 par l'institution du lieu de séjour temporaire au lieu du formulaire E 111 présenté par la personne assurée) (voir point 61 de l'arrêt précité).

DOCUMENT 2 INFORMATIONS PRATIQUES A DESTINATION DES PRESTATAIRES DE SOINS QUI RECOIVENT LES TITULAIRES D'UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE EUROPEENNE

1. Comment accueillir les titulaires d'une carte d'assurance maladie européenne ?

Réponse : le prestataire de soins doit adopter le même comportement que celui qu'il adopte lorsqu'il reçoit un patient qu'il ne connaît pas et qui n'habite pas dans sa zone de clientèle habituelle, ou le cas échéant lorsque ce patient relève d'une autre institution de sécurité sociale que celle avec laquelle le médecin est en relation

Le fait qu'une personne se présente munie d'une carte d'assurance maladie européenne au lieu d'un document d'affiliation à l'assurance maladie de cet Etat membre, ne change rien quant à la démarche médicale du praticien qui accueille cette personne. Lorsqu'une personne se présente devant un prestataire de soins, il importe que le problème dont elle se plaint soit identifié et traité par le médecin qui la reçoit.

2. Quel comportement est attendu de la part du praticien de santé pour la bonne application de l'article 22 § 1 a) i) du règlement ?

Cette disposition prévoit que tous les titulaires d'une carte européenne (ou, le cas échéant, d'un formulaire E111 pour les assurés de certains Etats membres), auront droit à la prise en charge "des prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des soins et la durée prévue du séjour"/"to the benefits in kind which become medically necessary during their stay in the territory of another Member State, taking account of the nature of the benefits and the expected length of the stay".

Réponse : à situation médicale égale, les soins à donner à un patient titulaire d'une carte d'assurance maladie européenne sont les mêmes que ceux que le médecin prodiguerait à un assuré de son propre Etat dans les mêmes conditions, c'est à dire, celles d'une personne qui est temporairement éloignée de son lieu de résidence et dont il n'est pas le médecin habituel.

Le traitement donné est destiné à permettre à la personne de poursuivre, si elle le souhaite, son séjour temporaire, dans des conditions médicalement sûres. En d'autres termes, le patient ne doit pas être mis dans la situation de "devoir rentrer

pour se soigner".

3. Y a-t-il des examens ou des traitements qui ne sont pas en principe accessibles à un titulaire de carte européenne d'assurance maladie ?

Réponse : oui et non.

En principe, non : le médecin qui reçoit le titulaire d'une carte (ou d'un formulaire E 111 pour certains Etats membres), doit appliquer à ce patient, pour déterminer le traitement adéquat, les mêmes critères médicaux que ceux qu'il utiliserait pour une personne assurée dans son propre Etat membre qu'il voit pour la première fois et qui est en séjour temporaire dans l'endroit où le médecin consulte.

En principe, oui : certains traitements peuvent toujours attendre que la personne assurée rentre chez elle, c'est le cas de la plupart des traitements dentaires par exemple, ou de certains examens complémentaires faisant appel à des appareillages spécifiques et des médecins spécialisés pour interpréter les résultats de ces techniques de diagnostic.

En outre, certains traitements s'étalent dans le temps et nécessitent un suivi qui n'est pas compatible avec la durée temporaire du séjour de la personne concernée. Dans ce cas, passé les traitements "conservatoires" ou de première ligne, le médecin devrait rédiger un compte rendu pour le médecin traitant de la personne afin de lui permettre de "prendre le relais".

Cette démarche n'est pas différente de celle qu'adopte très souvent en pratique un médecin généraliste ou spécialiste envers son confrère qui est le médecin traitant du patient qui le consulte.

Un prestataire de soins peut donc refuser de prodiguer certains traitements ou de prescrire certains examens dans le cadre de l'article 22 paragraphe 1 a) i), c'est-à-dire dont la prise en charge par l'institution de sécurité sociale est assurée, soit parce qu'il n'estime pas ce traitement médicalement nécessaire compte tenu de la condition médicale du patient, soit parce que le traitement en question bien que nécessaire, nécessite un suivi médical qui n'est pas compatible avec le caractère temporaire du séjour de la personne concernée.

4. Quels sont les tarifs que le médecin doit pratiquer envers un titulaire de carte d'assurance maladie européenne ?

Réponse : les mêmes que ceux qui sont pratiqués comme base pour un remboursement des patients dans le système légal de sécurité sociale dans l'Etat membre du médecin, ou les mêmes conditions de prise en charge que celles qui sont prévues par le système de santé de l'Etat membre pour ses propres assurés.

Si le médecin reçoit ce patient dans le cadre d'une clientèle privée ou qu'il est "hors convention", le praticien se doit d'informer préalablement le patient du fait que celui-ci subira un surcoût qui ne fera pas l'objet d'une prise en charge par la caisse d'assurance maladie.

A cet égard, le patient titulaire d'une carte européenne d'assurance maladie est traité exactement de la même manière qu'un patient assuré dans l'Etat membre du praticien. Le comportement du praticien est régi par les dispositions légales et réglementaires, professionnelles et déontologiques de son propre Etat membre.

5. Comment éviter certaines difficultés entre le praticien et l'institution d'assurance maladie, à propos des soins prodigués à un patient titulaire d'une carte européenne ?

Réponse : de telles difficultés existent dans un contexte national et ne sont donc pas exclues lorsqu'il s'agit d'un titulaire de carte européenne notamment dans le cas de certains traitements spécifiques, d'un coût élevé ou soumis à autorisation de prise en charge préalable dans cet Etat membre, le dossier médical du patient conservé par le médecin (dans les mêmes conditions que les dossiers de ses patients habituels) est l'élément essentiel qui permettra d'établir le caractère nécessaire du traitement dans le cadre de l'article 22 paragraphe 1 a) i). A cet égard, lorsqu'il existe différentes alternatives thérapeutiques, le médecin doit prendre en compte la durée du séjour envisagée par la personne et peut, le cas échéant, s'adresser au médecin conseil de la caisse maladie avec laquelle il est en contact, ou bien d'un médecin référent, pour obtenir de sa part un conseil sur l'approche à suivre.

DOCUMENT 3

DROITS ET OBLIGATIONS DES TITULAIRES DES CARTES EUROPEENNES D'ASSURANCE MALADIE OU DES DOCUMENTS EQUIVALENTS SUITE A LA MODIFICATION DES ARTICLES 22 § 1 A) I), 25 § 1 A) ET 31 § 1 A)

1. Pourquoi une carte européenne d'assurance maladie ?

La carte européenne d'assurance maladie facilite les déplacements des citoyens en Europe. Toutes les personnes qui sont assurées dans un Etat membre contre le risque de maladie et qui se rendent temporairement dans un autre Etat membre pour des raisons touristiques, professionnelles ou d'études, peuvent utiliser la carte européenne d'assurance maladie.

Dans un premier temps, la carte européenne remplace le formulaire E 111 qui devait être obtenu avant chaque séjour temporaire dans un autre Etat membre pour la prise en charge des éventuelles dépenses de soins dans l'Etat membre de séjour temporaire. La carte européenne évite donc d'accomplir cette formalité.(1)

(1) La carte européenne remplacera également les formulaires papier E 110, E 119 et E 128. D'autres formulaires seront progressivement remplacés par la carte qui, pour l'instant, ne comporte pas obligatoirement un dispositif électronique. Cependant, cette carte sera progressivement adaptée et améliorée pour utiliser les nouvelles technologies

En outre, la carte européenne donne, en cas de nécessité, un accès direct aux prestataires de soins dans l'Etat membre du séjour.

2. A partir de quelle date peut-on obtenir la carte ?

En principe, les institutions des Etats membres délivreront la carte à la demande des assurés pour qu'ils puissent en disposer dès le 1er juin 2004 (l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, la Suède). Cependant, certains Etats membres n'étant pas en mesure d'adopter immédiatement les mesures pour produire et diffuser la carte, bénéficient d'une période transitoire, qui ne peut s'étendre au-delà du 31 décembre 2005. Certains d'entre eux essayeront de déployer progressivement la carte européenne avant la fin de la période transitoire, par exemple au niveau régional.

Plus d'infos...

(1) En ce qui concerne les nouveaux Etats membres, cette liste est provisoire étant donné que ces Etats ne sont tenus formellement d'appliquer les décisions nos 189, 190 et 191 qu'à partir du 1er mai 2004 et d'informer la commission administrative avant le 1er juin 2004 de leur souhait ou non de bénéficier d'une période transitoire.

(2) Ce délai n'est valable que si les décisions nos 189, 190 et 191 sont reprises dans le cadre de l'accord UE/Suisse.

Chaque Etat membre détermine lui-même quelle institution est chargée de délivrer des cartes européennes d'assurance maladie aux personnes affiliées dans son régime.

Les institutions compétentes peuvent opter soit pour une distribution générale de la carte à toutes personnes affiliées, soit pour une distribution à la demande des assurés.

Les Etats qui bénéficieront d'une période transitoire continueront à délivrer aux personnes affiliées à leur système d'assurance maladie des formulaires papier équivalents au formulaire E 111.(1)

(1) En effet, le formulaire E 111 n'existera plus en tant que tel. Il sera simplifié et adapté pour devenir le document de la mobilité des personnes assurées dans la Communauté.

3. Ce qu'est la carte européenne d'assurance maladie

La carte est un document qui établit la qualité d'assuré de la personne qui la porte, et la durée des droits qui lui sont ouverts.

Elle n'est pas une carte de santé : elle ne comporte pas de données médicales de son titulaire.

Cette carte est individuelle, c'est-à-dire que chacun des membres de la famille d'une personne assurée a sa propre carte

européenne.

4. A qui la carte européenne est-elle destinée ?

La carte européenne est destinée aux prestataires de soins établis dans autre Etat membre que celui où réside le titulaire de la carte.

5. Quels droits sont ouverts avec la carte européenne d'assurance maladie ?

Les titulaires d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un document équivalent ont droit aux prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires lors d'un séjour temporaire, compte tenu de la durée de ce séjour et la nature des prestations.

En pratique : l'intéressé a droit à toutes les prestations en nature (soins, traitements...) que son état de santé nécessite pour lui permettre de continuer son séjour dans les conditions médicalement sûres. La personne concernée ne doit donc pas être contrainte d'interrompre son séjour avant la date prévue et de rentrer dans son pays de résidence pour se faire soigner.

Il revient au prestataire de soins de juger la condition médicale du patient et de lui donner le traitement adéquat qui permettra à l'intéressé de continuer son séjour en attendant, le cas échéant, d'être pris en charge par son médecin habituel.

Les titulaires de carte européenne souffrant d'une maladie chronique ou préexistante ont accès, lors d'un séjour temporaire, au traitement nécessaire compte tenu de leur condition médicale.

6. Quels droits ne sont pas ouverts avec la carte ?

Le titulaire d'une carte européenne ne peut en principe exiger la prise en charge par le régime d'assurance maladie à laquelle il est affilié des soins qui vont au-delà de ce qui est médicalement nécessaire pendant la durée d'un séjour temporaire.

Ainsi, la carte européenne d'assurance maladie ne couvre pas les cas où la personne s'est rendue dans un autre Etat membre en vue d'obtenir un traitement médical. En effet, si la personne assurée se rend dans un autre Etat membre dans le seul but d'y recevoir des soins médicaux, le coût de ces soins sont pris en charge, dans le cadre du règlement 1408/71, par l'institution compétente d'assurance maladie seulement si cette institution a donné son autorisation (formulaire E 112).

7. Est-ce que le titulaire d'une carte européenne d'assurance maladie peut s'adresser aux médecins ou hôpitaux de son choix ?

Le titulaire d'une carte européenne d'assurance maladie a droit, pendant son séjour temporaire dans un autre Etat membre, à la prise en charge des soins dans les mêmes conditions que celles prévues par la législation de cet Etat membre pour ses propres assurés.

S'il se rend dans un hôpital privé ou chez médecin privé, travaillant en dehors du système d'assurance maladie instauré par l'Etat membre du séjour, il n'a droit à la prise en charge que dans les conditions prévues dans la législation de cet Etat. Le cas échéant, le patient doit être informé qu'il subira un surcoût ou qu'il ne fera pas l'objet d'une prise en charge par le régime d'assurance maladie.

8. Que faire en cas de perte de la carte d'assurance maladie ?

Si l'institution n'est pas à même de délivrer la carte avant le départ de l'intéressé, ou en cas de perte de la carte, l'institution de sécurité sociale dont dépend l'intéressé délivre un certificat provisoire de remplacement aux prestataires de soins établis dans l'Etat membre du séjour (voir annexe 2).

Cette procédure est exceptionnelle et correspond à une situation d'urgence. Cette solution ne peut être utilisée de manière régulière, les assurés doivent en principe être à même de présenter leur carte d'assurance maladie aux prestataires de soins des autres Etats membres.

Le certificat d'urgence de remplacement a le même usage que la carte européenne d'assurance maladie mais il n'est en principe valable que pour la durée du séjour.

9. Quels sont les textes juridiques relatifs à la carte ?

L'article 22 du règlement 1408/71 du 14 juillet 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L. 149 du 5 juillet 1971, p. 2, dernière mise à jour : JO L. 187 du 10 juillet 2001, p.1, <http://europa.eu.int>).

Décisions n° 189, 190 et 191 sur l'introduction de la carte européenne (JO L. 276 du 27 octobre 2003, <http://europa.eu.int>) Règlement n° 631/2004 du 31 mars 2004 modifiant le règlement 1408/71 et le règlement 574/72 en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures (JOUE L. 100 du 6 avril 2004).

10. Où obtenir des renseignements complémentaires sur la carte européenne d'assurance maladie ?

Au niveau de votre Etat membre.

Au niveau de la Commission : page Internet en construction.

SS 9 93

1679

Direction de la sécurité sociale, Division des affaires communautaires et internationales (DACI)

Le ministre de la santé et de la protection sociale à Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, sous couvert de Monsieur le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales ; Mesdames, Messieurs les directeurs ou responsables des caisses, organismes ou services assurant la gestion d'un régime spécial de sécurité sociale ; Monsieur le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ; Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales).

Texte non paru au Journal officiel

Source : Bulletin officiel des affaires sociales n° 23 du 19 juin 2004, page 245