



Questions et réponses concernant le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers au sein de l'UE

Remboursement au titre de la directive 2011/24/UE
et des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009



Ma santé @ UE

Infrastructure de services numériques
dans le domaine de la santé en ligne
Un service fourni par l'Union européenne

Je prévois un acte médical à l'étranger en Europe. Comment le remboursement est-il effectué?

Tout d'abord, prenez contact avec votre système national de santé ou d'assurance qui couvre le traitement programmé. Vous devrez ensuite décider comment vous souhaitez que les coûts du traitement soient couverts.

Le cadre législatif de l'Union concernant la couverture des soins de santé réalisés à l'étranger au sein de l'UE repose sur deux éléments différents. Le premier est constitué des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale («les règlements»). Le second est la directive 2011/24/CE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers («la directive»). Il convient de noter que l'éventail des services de santé couverts, les conditions d'accès à un traitement médical ainsi que le remboursement des frais sont différents selon que l'un ou l'autre de ces deux instruments juridiques s'applique. Vous trouverez de plus amples informations dans le Manuel à l'attention des patients, disponible dans toutes les langues de l'UE¹, et sur le portail «L'Europe est à vous».

Les soins de santé programmés (lorsque vous voyagez dans le but explicite de bénéficier d'un traitement) sont possibles dans les deux cas.

En vertu des règlements, si vous souhaitez bénéficier de soins de santé programmés dans un autre pays de l'UE, vous devez d'abord demander une autorisation préalable (formulaire S2) à l'institution responsable de votre assurance maladie dans votre pays d'origine. S'il s'agit d'un traitement auquel vous avez droit et qui ne peut être dispensé dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de votre état de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie, l'autorisation doit être accordée (une évaluation clinique doit être effectuée au cas par cas conformément au droit national). Dans tous les autres cas, l'institution a toute latitude pour accorder l'autorisation ou la refuser.

Si l'autorisation est accordée, les coûts du traitement sont couverts selon les conditions et les taux de remboursement en vigueur dans le pays de traitement. Habituellement, l'institution d'assurance paie ces coûts directement à l'institution du pays de traitement, de sorte que vous n'avez aucun frais à avancer. Il se peut cependant que certains frais soient à la charge du patient. Par dérogation à cette règle, si vous avez réglé vous-même tous les coûts du traitement, vous pouvez en demander le remboursement soit dans le pays de traitement, soit dans le pays où vous êtes assuré.

Il est important de noter que seuls les prestataires de soins de santé qui font partie du système de santé public ou qui ont signé une convention avec ce dernier sont couverts par les règlements. Les soins de santé privés ne sont jamais remboursés au titre des règlements.

En vertu de la directive, l'autorisation préalable pour des soins programmés est nécessaire uniquement lorsque des nuitées à l'hôpital sont prévues, ou lorsque le traitement nécessite un recours à des infrastructures ou à des équipements hautement spécialisés et coûteux, ou présente un risque élevé pour le patient. Dans ce cas, vous avez droit à un remboursement à hauteur du montant que le système de votre pays d'origine aurait payé si vous aviez bénéficié de ce traitement dans votre pays et vous pouvez demander le remboursement dans le pays où vous êtes assuré.

Contrairement aux règlements, si vous bénéficiez d'un traitement à l'étranger en vertu de la directive, vous devez avancer tous les frais médicaux et en demander le remboursement à hauteur du montant que le traitement aurait coûté à votre système de santé ou d'assurance dans votre pays d'origine.

À la différence des règlements, la directive couvre tous les prestataires de soins de santé (privés et publics), quel que soit leur lien avec le système de santé public.

1. https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/overview_fr

Comment savoir laquelle des deux voies légales s'applique à mon cas particulier?

Normalement, les règlements devraient, en principe, s'appliquer lorsque les conditions qu'ils prévoient sont remplies, sauf lorsque la personne opte pour la directive (lorsque, par exemple, le recours à la directive est plus avantageux dans son cas particulier).

Les champs d'application respectifs de la directive et des règlements présentent certaines différences: par exemple, les règlements ne couvrent pas les prestataires privés qui ne font pas partie du système de santé public/légal.

Il existe également des différences en ce qui concerne l'application: les règlements ne couvrent normalement

pas les traitements programmés ne bénéficiant pas d'une autorisation préalable, à certaines exceptions près.

Toutefois, il existe également des chevauchements: un traitement donné (programmé ou non) peut relever des règlements ou de la directive. Dans de tels cas, seul un de ces instruments peut être utilisé (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas s'appliquer simultanément, car ils s'excluent mutuellement). Consultez votre assureur ou votre point de contact national pour obtenir de plus amples conseils².

Que se passe-t-il si je dois me rendre chez le médecin ou à l'hôpital au cours d'un séjour temporaire à l'étranger? Vais-je bénéficier d'un remboursement?

En cas de soins non programmés (tels qu'une urgence) au cours d'un séjour temporaire à l'étranger, il existe deux possibilités:

- Vous présentez votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou un certificat provisoire de remplacement (CPR), délivré normalement par l'institution d'assurance maladie de votre pays d'origine. Au cas où vous auriez dû régler le traitement, le remboursement dépend des tarifs du pays de traitement: vous pouvez demander le remboursement soit dans le pays de

traitement, soit dans le pays où vous êtes assuré. La CEAM peut être utilisée uniquement avec des prestataires de soins de santé qui font partie du système de santé public ou qui ont signé une convention avec ce dernier.

- Vous réglez vous-même le traitement et demandez le remboursement au titre de la directive. Le remboursement dépend des tarifs en vigueur dans le pays où vous êtes assuré. Les prestataires de soins de santé publics et privés sont couverts.

Puis-je choisir librement le prestataire de soins de santé, public ou privé, auquel je m'adresse?

Seuls les prestataires de soins de santé qui font partie du système de santé public ou qui ont signé une convention avec ce dernier sont couverts par les règlements, alors que la directive couvre tous les prestataires de soins de santé, quel que soit leur

lien avec le système de santé public. Notez que vous pouvez uniquement bénéficier des traitements inclus dans la liste de prestations de maladie disponibles dans votre régime d'assurance.

2. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_npc_en.pdf

Cas 1

soins programmés / prestataire privé / sans autorisation



Clara est italienne et travaille en Belgique où elle est assurée par une assurance maladie belge. Elle prévoit de rentrer dans son pays pour les vacances et souhaite prendre rendez-vous chez le dentiste qu'elle consultait lorsqu'elle vivait en Italie. Son médecin est un spécialiste du secteur privé. Comme il s'agit d'un traitement programmé effectué par un prestataire privé, Clara peut bénéficier de ce traitement au titre de la directive s'il est couvert par son système de santé national ou son prestataire d'assurance maladie en Belgique. Clara réglera donc le coût de la visite en Italie et en demandera le remboursement à son assurance belge une fois de retour en Belgique. Elle sera remboursée à hauteur des tarifs belges.

Cas 2

soins programmés / prestataire public / autorisation nécessaire



Diogo est portugais et travaille à Porto. Il bénéficie d'une assurance maladie au Portugal. Lors d'un accident, il s'est cassé le bras et doit subir une intervention chirurgicale très spécialisée. Il a découvert qu'en Suède, il existe un excellent hôpital public qui pratique ce genre d'opérations. Il demande une autorisation préalable à son assurance maladie en vue d'y être opéré et il l'obtient. Il ne devra pas payer l'opération, qui sera réglée directement par son assurance maladie à l'institution suédoise. Il devra uniquement s'acquitter d'une petite partie des frais de séjour à l'hôpital, comme les Suédois.

Cas 3

soins non programmés / prestataire public



Caroline est française et passe ses vacances au ski en Autriche. Elle se casse la jambe accidentellement et a besoin de soins médicaux d'urgence. Elle a sur elle la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et il ne lui est pas demandé de régler les soins. Si elle les règle, elle peut en demander le remboursement soit en Autriche, soit en France. Elle sera remboursée à hauteur des tarifs autrichiens. Si elle n'utilise pas sa CEAM et souhaite se faire rembourser au titre de la directive, elle réglera les soins et en demandera le remboursement en France. Elle sera remboursée à hauteur des tarifs français.

Cas 4

ePrescription³



David vit en Finlande. Il souffre d'une douleur chronique au dos et prévoit de partir en vacances en Croatie. Avant de quitter son pays, il vérifie comment faire en sorte que son ePrescription soit disponible à l'étranger, au cas où il aurait besoin de ses médicaments pendant son séjour en Croatie. Au bout de quelques jours en Croatie, David a de nouveau mal au dos et doit trouver une pharmacie pour se procurer les médicaments que son médecin lui a prescrits en Finlande pour ce genre de situation. Grâce aux services d'ePrescription, le pharmacien peut délivrer à David les médicaments qui lui ont été prescrits. En ce qui concerne le règlement et le remboursement:



Cas 1: David dispose de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et bénéficiera des mêmes droits que les patients croates pour un traitement nécessaire (ordonnance et traitement identiques): il paiera le même prix qu'un citoyen croate.



Cas 2: David ne dispose pas de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Il devra régler en totalité le produit que la pharmacie lui a délivré et il en demandera le remboursement une fois de retour en Finlande.