

2 0 1 8

Santé Info Droits PRATIQUE

C.9.5

SÉCURITÉ SOCIALE

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS À L'ÉTRANGER

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les assurés d'un régime français d'Assurance maladie et leurs ayants droit peuvent bénéficier du remboursement partiel ou total de soins médicaux délivrés dans un autre État membre de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Économique Européen (EEE = UE + Islande, Norvège, Liechtenstein) ou en Suisse, pour différents types de soins :

- les soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un de ces États, dès lors que le séjour n'est pas motivé par les soins ;
- les soins programmés à l'avance dans un de ces États.

Cette fiche traitera exclusivement des soins reçus par les assurés sociaux du régime français, dans un autre pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse. Ces soins, communément appelés « soins transfrontaliers », bénéficient d'un cadre juridique qui leur est propre.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Dès 1959, des règlements européens de coordination de Sécurité sociale ont eu pour objectif de mettre en œuvre la libre-circulation des travailleurs, en facilitant notamment l'accès aux soins. Les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 permettent aujourd'hui aux personnes assurées de se faire soigner dans un autre État membre de l'Union européenne à la charge de leur régime d'affiliation, selon des modalités particulières.

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers complète ce dispositif en clarifiant les règles applicables à l'accès et au remboursement des soins transfrontaliers, et en renforçant les droits des patients en matière d'information, de qualité et de sécurité des soins.

Ces normes européennes œuvrent dans le sens de la coordination des régimes nationaux de Sécurité sociale entre eux mais n'ont, en aucun cas, vocation à les harmoniser. Chaque État demeure souverain pour définir sa législation quant aux modalités de prise en charge de ses assurés sociaux.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Les droits des assurés français recourant aux soins dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse peuvent être remboursés par la Sécurité sociale française dans différentes situations.

Le tableau ci-dessous présente ces différentes situations et renvoie, pour chacune d'entre elles, aux démarches et justificatifs à produire pour obtenir le remboursement par la Sécurité sociale :

- **Modalités et niveaux de prise en charge des soins dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse**

	SITUATIONS CONCRÈTES	QUELLES DÉMARCHES ?	POSSIBILITÉS ET NIVEAUX DE REMBOURSEMENT PAR LES CAISSES FRANÇAISES	RÉFÉRENCES
Soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire	Soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse effectué pour affaires, pour des vacances, des études... Le séjour ne doit pas être motivé par les soins.	Si l'assuré utilise sa Carte européenne d'assurance maladie, il bénéficie de la dispense d'avance des frais, dès lors que celle-ci est accordée aux ressortissants du pays de séjour. Pour en savoir plus, voir fiche pratique C.9.5.1. Si l'assuré ne présente pas sa Carte européenne d'assurance maladie, s'il a dû faire l'avance des frais ou s'il a eu recours à la médecine privée, il peut demander le remboursement des frais exposés à sa caisse d'affiliation sur présentation des factures acquittées et d'un formulaire cerfa S3125 « soins reçus à l'étranger » téléchargeable sur www.ameli.fr .	Prise en charge dans les conditions prévues par le pays dans lequel l'assuré séjourne. Les soins sont remboursés dans les conditions prévues par l'État de séjour, ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.	Articles 19 et 27 du Règlement (CE) n°883/04 Article 25 du Règlement (CE) n°987/2009 Article R160-1 du Code de la Sécurité sociale
Soins lourds et coûteux programmés	Déplacement dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse pour recevoir des soins programmés correspondant à une prise en charge lourde et coûteuse, c'est-à-dire : - les soins impliquant au moins une nuit d'hospitalisation ou - les soins nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux tels que définis par l'arrêté du 27 mars 2014.	L'assuré doit demander une autorisation préalable de prise en charge auprès de sa caisse (formulaire S2 « Droit aux soins médicaux programmés »). La caisse doit répondre à l'assuré dans un délai maximum de deux semaines à compter de la réception de sa demande . A défaut de réponse dans ce délai, l'autorisation est réputée accordée. En utilisant son formulaire S2, l'assuré peut bénéficier de la dispense d'avance de frais si elle existe pour les assurés du pays de son séjour. A défaut ou s'il a recours à la médecine privée, il peut demander le remboursement des frais exposés à sa caisse d'affiliation, sur présentation des factures acquittées et d'un formulaire Cerfa S3125 « Soins reçus à l'étranger » téléchargeable sur www.ameli.fr .	Les soins sont remboursés dans les conditions prévues par l'État de séjour, ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré. Il est possible d'obtenir un complément de remboursement par l'Assurance maladie si le niveau de prise en charge est plus favorable en France.	Articles 20 et 27 du Règlement 883/2004 Article 26 du Règlement (CE) n°987/2009 Article R160-2 du Code de la Sécurité sociale
Autres soins programmés	Tous les soins ambulatoires courants programmés reçus dans un autre État membre de l'UE ou de l'EEE. Exemples : une consultation externe dans un hôpital ou des soins dentaires.	L'assuré n'est pas tenu de demander une autorisation préalable sauf si la législation française prévoit que ces soins sont soumis à autorisation préalable quand ils sont effectués en France. A son retour en France, il demande le remboursement à sa caisse d'affiliation sur présentation des factures acquittées et du formulaire cerfa S3125	Les soins sont remboursés dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France. Les soins qui ne sont pas inclus dans la nomenclature des actes remboursables par la sécurité sociale française ne sont pas pris en charge. Le dispositif du parcours de soins coordonnés s'applique : si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, il sera moins bien remboursé.	Article R160-2 du Code de la Sécurité sociale

- **Précisions quant à l'autorisation préalable aux soins lourds et coûteux programmés (cas n° 2 du tableau ci-dessus)**

Le service médical de la Caisse de Sécurité sociale peut refuser de délivrer à l'assuré une autorisation préalable **dans l'un ou l'autre des cas suivants** :

- si la prise en charge des soins n'est pas prévue par la réglementation française ;
- si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de son affection ;
- lorsque les soins envisagés ne sont pas appropriés à l'état de santé du patient.

La décision d'autorisation préalable ou de refus de prise en

charge est notifiée à l'assuré par sa caisse dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines à compter de la réception de la demande. **Une absence de réponse au-delà de ce délai vaut accord.**

Le refus de délivrance du S2 peut être contesté devant la Commission de recours amiable (CRA) de la caisse d'assurance maladie. Une expertise médicale est nécessaire lorsque la contestation porte sur l'appréciation du médecin-conseil.

Si la CRA confirme ce refus, il est possible de saisir le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS).

- **Les soins dispensés dans les établissements de soins établis dans l'UE, l'EEE ou la Suisse, ayant passé des conventions avec la Sécurité sociale française**

Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un autre État de l'UE, de l'EEE ou en Suisse peuvent prévoir, au bénéfice des populations frontalières, les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne

peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

BON À SAVOIR

Certaines **complémentaires santé** peuvent prendre en charge tout ou partie des dépenses non couvertes par la Sécurité sociale française. Des contrats proposent en outre la souscription à des garanties supplémentaires « court séjour », garantissant à la fois la santé et le rapatriement des patients.

La prise en charge des soins en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse

Il est possible d'obtenir le remboursement, par la Sécurité sociale française, de soins délivrés en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse (**article R160-4 du Code de Sécurité sociale**) dans les hypothèses suivantes :

1. Traitements non disponibles en France

- ° Sur autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, des conventions entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins à l'étranger peuvent prévoir les conditions de séjour des personnes malades dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.
- ° Certains traitements non disponibles en France, dans l'UE, l'EEE ou en Suisse peuvent être pris en charge, de façon exceptionnelle et sur demande individuelle auprès de la caisse d'assurance maladie, en cas d'absence de soins appropriés. Cette appréciation se fait en fonction de l'état de santé du patient et de l'offre de soins disponible dans les pays susmentionnés à la date des soins (avis du service médical de la caisse).

2. Soins inopinés dans le cadre d'un séjour temporaire en dehors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse

L'Assurance maladie française peut procéder à un remboursement forfaitaire des soins inopinés à l'étranger, dans la limite des tarifs français de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire dont disposent les caisses. Ainsi, en fonction de l'état sanitaire du pays et des tarifs des soins qui y sont pratiqués, il peut être utile de souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance, qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés et le rapatriement sanitaire, en cas de maladie à l'étranger.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles R160-1 à R160-4 du Code de la Sécurité sociale
- Arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux
- Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

- Règlement (CE) n°987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale
- Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers



UNE QUESTION JURIDIQUE OU SOCIALE ? LIÉE À LA SANTÉ ?

*Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion, pour le coût d'une communication normale

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiches Santé Info Droits Pratique (<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/fiches-pratiques>)

A.1.1 - Droits des patients en Europe

C.9.5.1 - La Carte européenne d'Assurance maladie (CEAM)

Les points de contact nationaux

La Directive européenne du 9 mars 2011 prévoit la création, dans chaque État membre, d'un ou plusieurs points de contacts nationaux dédiés aux soins de santé transfrontaliers. Ces points de contact ont essentiellement une mission d'information visant à permettre aux patients d'exercer les droits rappelés par la Directive. Leur rôle est de fournir des informations relatives, notamment, aux prestataires de soins de santé établis dans leur pays, aux droits des patients appliqués localement, procédures d'accès aux soins transfrontaliers et conditions de remboursement des frais exposés...

La liste et les coordonnées de ces points de contacts, qui sont mises à jour régulièrement, sont disponibles sur le site de la Commission européenne : [ec.europa.eu/health/cross border care/docs/cbhc_ncp_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/cbhc_ncp_en.pdf)

Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) est le point de contact national français pour les soins de santé transfrontaliers : www.cleiss.fr

Le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

Plus spécifiquement le formulaire dédié : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf>

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de la documentation du CISS disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.leciss.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !