

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

29/06/87

Origine :

DGR

MM et MMES les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Départements d'Outre-Mer

Réf. :

DGR n° 2092/87

Plan de classement :

50	51					
----	----	--	--	--	--	--

Objet :

COMPTE RENDU DES REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ACCORDS INTERNATIONAUX DE SECURITE SOCIALE.

Questions étudiées par le groupe de travail sur les accords internationaux de sécurité sociale.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

29/06/87

Origine :
DGR

MM et MMES les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Départements d'Outre-Mer
(pour attribution)

MM et MMES les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 2092/87

Objet : Diffusion du compte rendu de la réunion du 9 avril 1987
du groupe de travail sur les accords internationaux de sécurité
sociale.

Vous trouverez ci-jointes, en annexe, les questions étudiées au cours de la
réunion du 9 avril 1987 par le groupe de travail sur les accords
internationaux de sécurité sociale.

Le Directeur-Adjoint
chargé de la Direction
de la Gestion du Risque

M. BARUBE

PJ : 1

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

- Réunion du 9 avril 1987 du groupe de travail sur les accords internationaux de Sécurité Sociale

OBJET DE LA REUNION : Etudes des diverses questions d'actualité posées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

I - Approbation du compte rendu de la réunion du 5 Février 1987.

Des précisions sont demandées sur les conditions d'accès aux soins de santé pour les assurés du régime français qui se rendent en Espagne, notamment en ce qui concerne le caractère exceptionnel de la prise en charge au titre de l'article R 332-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Ces dispositions ont un caractère transitoire, elles ont été prises dans l'attente de directives ministérielles, nous indiquant dans quelles conditions peuvent être appliquées les dispositions de l'article 34 du Règlement CEE n° 574/72.

Il est en effet apparu que les organismes espagnols, du fait de leur système de distribution de soins de santé, ne pratiquent pas le remboursement direct des soins aux assurés sociaux et ne connaissent donc pas le principe de la tarification. Il conviendra donc d'attendre que le ministère, après concertation avec les autorités espagnoles, nous fasse savoir quelles sont dans les relations avec l'Espagne, les tarifications qui peuvent être prises en compte.

II - Questions figurant à l'ordre du jour de la réunion.

1 - Droit aux prestations d'un assuré de nationalité belge venu résider en France.

Après avoir été affilié au régime algérien, muni d'un formulaire "Belge-Algérie 10 - attestation concernant le maintien des prestations en cours" accompagnée d'une notification d'admission en longue durée établie par une Caisse Algérienne.

- la Caisse Belge refusant l'établissement d'un formulaire E 106, comment doivent s'apprécier les droits de l'assuré ?

Il s'agit d'une personne qui en toute hypothèse ne travaille pas et se trouve résider en France. Elle est de nationalité belge, en cours d'indemnisation en tant qu'assurée du régime algérien et en transfert de résidence en France.

Dans ce cas, aucune disposition conventionnelle ne peut trouver application, il convient de se référer aux dispositions de la législation interne en matière d'assurance personnelle, pour examiner ses droits éventuels.

2 - Expertises médicales - Conditions d'application du Décret du 7 Janvier 1959.

Lorsque les personnes sont retournées dans leur pays d'origine, et qu'aucune disposition ne figure dans la convention sur les modalités des expertises médicales, doit-on considérer que celles-ci s'imposent à l'assuré et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie française.

Deux situations sont à envisager :

Il s'agit :

1°) des personnes affiliées à un régime étranger, qui en séjour temporaire en France y ont reçu des soins, lesquels ont été remboursés sur présentation du formulaire E III.

Les Contestations relatives à la notion d'immédiate nécessité des soins, étant de plus en plus fréquentes de la part des assurés, il faut savoir comment doivent être prises en compte ces contestations.

Dans la circulaire DGR n° 1493/83 du 15 Septembre 1983, il était précisé qu'au vu du formulaire E III, les prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour, lorsque l'état de santé du porteur de ce formulaire vient à nécessiter des soins médicaux immédiats.

Pour l'appréciation du caractère immédiat des soins, il était indiqué :

" En ce qui concerne les soins ambulatoires, il conviendra de soumettre le dossier à l'avis du service du contrôle médical, en cas de doute sur la nécessité des soins immédiatement nécessaires, avant de procéder au règlement des prestations.

- Pour les soins hospitaliers, il appartient au médecin-chef de l'établissement concerné, d'apprécier si l'état du malade requiert une hospitalisation d'urgence. Un certificat médical sera délivré en conséquence et conservé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie".

- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie présentes, constatent que si l'appréciation du caractère immédiat des soins leur appartient, il s'agit cependant d'assurés affiliés au régime de Sécurité Sociale d'un autre Etat Membre. Elles considèrent donc qu'il revient à ce dernier régime, de déterminer si les soins doivent être pris en charge ou non et toute contestation à cet égard fait l'objet d'un recours suivant les dispositions de la législation de ce pays. Il convient alors d'appliquer les règles définies par la circulaire SDAM n° 969/70 du 12 Mai 1970 et de fournir à la Caisse d'Affiliation, lorsqu'elle formule une demande au moyen du formulaire E 126, les indications sur les tarifs.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de séjour fournit la tarification et indique qu'en fait le remboursement n'aurait pu être effectué en France en raison du caractère non immédiatement nécessaire des soins, conformément à l'article 22 du R CEE 1408/71.

- Par contre, si c'est la Caisse d'affiliation qui conteste le fait que les soins n'aient pas été pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de séjour, il lui appartient de délivrer un formulaire E 112.

2°) Expertises médicales pour les assurés du régime français qui se trouvent hors du territoire national.

- dans un autre Etat Membre du CEE.
- l'article 87 du R CEE 1408/71 stipule

- 1 - Les expertises prévues par la législation d'un Etat membre, peuvent être effectuées à la requête de l'institution compétente sur le territoire d'un autre Etat membre, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence du bénéficiaire de prestations, dans les conditions prévues par le règlement d'application ou, à défaut, dans les conditions convenues entre les autorités compétentes des Etats membres intéressés.

- 2 - Les expertises médicales effectuées dans les conditions prévues au paragraphe 1, sont censées avoir été effectuées sur le territoire de l'Etat compétent.

Les modalités des expertises médicales effectuées dans un Etat membre autre que l'Etat compétent, sont prévues à l'article 115 du R CEE n° 574/72.

- L'institution du lieu de séjour ou de résidence qui est appelée, en vertu de l'article 87 du règlement, à effectuer une expertise médicale, procède selon les modalités prévues par la législation qu'elle applique.

A défaut de telles modalités, elle s'adresse à l'institution compétente pour connaître les modalités à appliquer.

- Dans les Etats membres de la CEE ce sont les dispositions du pays où se déroule l'expertise qui s'appliquent en priorité et s'imposent à l'assuré comme à la caisse qui doit servir les prestations.

A défaut, les organismes peuvent s'entendre entre eux sur d'autres modalités mais celles-ci pour offrir les garanties nécessaires et être opposables à l'assuré, devraient être clairement définies entre les deux parties, ce qui suppose l'existence, au minimum, d'un accord bipartite.

Dans le cadre des conventions bilatérales aucune disposition n'est prévue en matière d'expertise médicale. Par ailleurs, elles ne visent pas pour la plupart la notion de séjour temporaire. Aussi en cas de contestation d'ordre médical, il convient de se référer aux dispositions du Décret du 7 janvier 1959. La caisse peut faire appel dans ce cas pour la désignation du médecin expert ainsi qu'il est prévu pour les

travailleurs détachés et les expatriés, soit aux institutions de Sécurité Sociale du pays où réside l'assuré soit aux autorités consulaires françaises.

3 - Demande de diagnostic par les caisses allemandes lors d'arrêt de travail pour maladie de travailleurs salariés

Les imprimés "avis d'arrêt de travail réf. S 3116 a "précisent que l'indication d'un diagnostic n'est pas obligatoire, alors que certaines institutions étrangères (notamment allemandes) sollicitent les caisses en vue de l'indication du motif médical de l'arrêt.

Cette procédure est-elle conforme aux dispositions de l'article 18 du règlement 574/72, fixant les conditions dans lesquelles se fait la constatation médicale de l'incapacité de travail.

L'article 18 § 3 du R. C.E.E. 574/72 dispose que dans l'hypothèse où le paragraphe 2 ne s'applique pas (c'est le cas lorsque la France est le pays de résidence puisque le médecin traitant peut délivrer un certificat d'incapacité de travail).

"L'institution du lieu de résidence procède dès que possible, et en tout cas dans un délai de trois jours suivant la date à laquelle l'intéressé s'est adressé à elle, au contrôle médical de l'intéressé comme s'il était assuré auprès d'elle. Le rapport du médecin contrôleur, qui indique notamment la durée probable de l'incapacité de travail, est transmis par l'institution du lieu de résidence à l'institution compétente dans un délai de 3 jours suivant la date du contrôle".

Les Caisses Allemandes peuvent, conformément aux dispositions appelées supra, nous demander d'établir un rapport médical sur formulaire E 116. Les contrôles médicaux n'étant pas en France systématiques ; les caisses n'envoient très souvent dans un premier temps que l'avis d'arrêt de travail. Mais les dispositions des Règlements CEE primant celles de la législation interne, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ne peuvent que satisfaire à la demande expresse des Caisses Allemandes. L'attention de l'échelon national du contrôle médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés sera appelée sur ces dispositions.

4 - Date de fin de droit mentionnée sur l'imprimé E 108.

Il semble y avoir divergence entre la Caisse et les Organismes de Sécurité Sociale Allemande sur l'interprétation du point 4.1 de l'imprimé E 108.

En effet, une CPAM considère que la date indiquée par les Caisses d'affiliation allemandes est exclue de la période du droit aux prestations, alors que ces Caisses l'incluent dans cette même période.

Par ailleurs, convient-il de prendre en considération la date mentionnée au point 4.1 du formulaire, alors même que ce dernier est daté et réceptionné, deux, voire trois mois plus tard ?

Ci-après un exemple illustrant ces situations :

- E 108 établi le 10/01/1987 réceptionné le 16/01/1987 date figurant au point 4.1 : 15/10/1986.

Le droit existe-t-il jusqu'au 14/10 ou 15/10/1986 ?

Les libellés des imprimés, tant en allemand qu'en français ne prêtent à notre sens pas à équivoque.

Les prestations versées par la Caisse de résidence pour le compte de la Caisse d'affiliation du 15/10/1986 au 15/01/1987 restent-elles imputables à cette dernière ?

La décision ne peut devenir exécutoire que lorsque l'institution du lieu de résidence en a été informée.

Les dispositions du règlement CEE n° 574/72 prévoient d'ailleurs, que les attestations permettant de servir les prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat d'affiliation restent valables aussi longtemps que l'institution du lieu de résidence n'a pas reçu notification de leur annulation (nota article 17 § 2 du R CEE 574/72). Dans le cas exposé les droits demeurent donc ouverts jusqu'au 16/01/1987.

5 - Emission d'un imprimé E 108 alors que l'intéressé est en arrêt de travail.

Certains Organismes d'affiliation allemands ont émis un imprimé E 108 alors que le travailleur frontalier produit régulièrement à sa Caisse de résidence en France, des avis de prolongation de l'arrêt de travail ayant débuté lors de son activité en Allemagne, dans l'attente de sa mise en Invalidité par exemple.

Dans ce cas d'espèce, l'intéressé ne conserve-t-il pas un droit auprès de l'Organisme d'affiliation ? Pour quelle durée ?

Les pensions d'invalidité allemandes prennent souvent effet à une date antérieure à la date de suspension des indemnités journalières de l'Assurance maladie.

Lorsqu'il y a eu activité en France puis en République Fédérale Allemande, avant l'interruption de travail suivi d'invalidité, la France est amenée, en application des Règlements Communautaires, à liquider une part de pension. Le point de départ de la pension en France est soit la date de la mise en invalidité en République Fédérale Allemande, soit la date de fin de versement des indemnités journalières en République Fédérale Allemande. Prévoyant l'hypothèse ou se serait la première date qui serait retenue par la France, les organismes allemands d'Assurance Maladie, pour éviter de payer des prestations indues, établissent un formulaire E 108 dès qu'une demande de pension d'invalidité est déposée chez eux.

Mais tant qu'une date n'est pas fixée en France par le Contrôle Médical pour le point de départ de la pension, la charge des prestations en nature incombe à la République Fédérale Allemande. Les organismes allemands devraient tant que la France n'a pas arrêté de date de droit à pension, établir un formulaire E 120.

6 - Maintien des droits auprès d'un Organisme de Sécurité Sociale Allemand après cessation d'activité en Allemagne et émission de l'imprimé E 108.

Lorsqu'un ressortissant CEE cesse de relever d'un Organisme de Sécurité Sociale d'un Etat Membre, et qu'il transfère sa résidence sur le territoire d'un autre Etat Membre, bénéficie-t-il d'un maintien de droit, alors qu'il ne se trouve pas dans une situation lui conférant une protection sociale ?

Quelle est la position d'un travailleur frontalier à l'égard de cette situation ?

Pour les travailleurs qui cessent leur emploi ou cessent de relever d'un régime obligatoire dans un autre Etat membre et transfèrent leur résidence ou résident habituellement sur le territoire d'un autre Etat membre (la France en l'occurrence) que le dernier Etat où ils étaient affiliés, il ne peut y avoir un maintien de droit aux prestations, que dans le cadre des dispositions réglementaires, mais en aucun cas au titre de la seule législation interne française.

Or, le règlement CEE 1408/71 ne permet qu'aux travailleurs en chômage complet de l'un des Etats de la CEE, de percevoir les allocations de chômage et les prestations de l'assurance maladie, selon les dispositions de la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel ils résident, comme s'ils y avaient été soumis au cours de leur dernier emploi.

Ce n'est donc que lorsqu'ils ont cessé de bénéficier des prestations de chômage sur le territoire français, qu'ils peuvent bénéficier d'un maintien de droit au titre de l'article L 161-8 du Code de la Sécurité Sociale, dans les mêmes conditions que les anciens assurés d'un régime obligatoire français.

7 - Prise en charge des frais de transport par avion et ambulance des personnes affiliées à un régime étranger de Sécurité Sociale et autorisées à venir se faire soigner en France.

Les instructions diffusées par Bulletin Juridique 41/86 D 45 jaune visant à prendre en charge sur avis du Contrôle Médical les frais de transport en ambulance ou en avion occasionnés par le retour dans le pays d'affiliation, peuvent-elles être étendues au retour en permission à l'occasion des fêtes de Noël par exemple, sachant que l'établissement de soins ne facture aucun prix de journée pour cette période ?

- La possibilité de prendre en charge les frais de transport dans le cadre des relations internationales pour les sorties intermittentes n'est pas envisagée.

8 - Préretraités affiliés dans un autre Etat membre de la CEE qui transfèrent leur résidence en France.

Peuvent-ils être assimilés à des chômeurs ?

En tant que tels, ils n'entrent pas dans le champ d'application des Règlements Communautaires, ils ne peuvent être assimilés ni à des chômeurs ni à des pensionnés.

Ce qui suppose que leurs droits soient spécifiquement reconnus et introduits dans les Règlements CEE lors d'une révision de ces derniers par le Conseil des Communautés.

9 - Un assuré de nationalité belge travaille en France, ses ayants-droits résident en Belgique.

Un formulaire E 109 a été établi par la Caisse Française d'Affiliation. Au cours d'un séjour temporaire en Autriche l'état de santé de l'un des enfants a nécessité des soins, dans quelles conditions la prise en charge des frais exposés peut-elle intervenir ?

La résidence dans un Etat membre autre que l'Etat d'affiliation des membres de la famille du travailleur est prévue à l'article 19 du R CEE n° 1408/71. Pour l'attribution des prestations en nature, il est stipulé que celles-ci sont servies pour le compte de l'institution d'affiliation par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si le travailleur y était affilié.

La délivrance du formulaire E 109 ne signifie donc pas que seuls peuvent être pris en charge par le pays de résidence les soins délivrés dans un autre Etat membre de la CEE, mais au contraire que l'ensemble de la législation en matière de soins de santé de ce pays doit être appliqué aux intéressés, notamment les dispositions de la législation interne du pays relatives aux soins de santé à l'étranger (dans des pays autres que ceux de la CEE).

On peut éclairer cette situation en l'analysant par rapport à l'application de la législation française dans un cas similaire :

Un travailleur français travaille en Belgique, sa famille qui réside en France a besoins de soins au cours d'un séjour temporaire en Autriche. L'assuré étant affilié au régime belge de Sécurité Sociale, les dispositions de la convention franco-autrichienne ne peuvent s'appliquer (l'article 3 § 1 de la convention ne visant que les travailleurs et les membres de leur familles qui sont ou ont été soumis à la législation de l'un des Etats contractants).

Par contre les dispositions de l'article R 332-2 du Code de la Sécurité Sociale pourront s'appliquer.

- En conclusion, dans le cas qui nous a été soumis il appartient à la Belgique d'assurer la prise en charge des soins et la constatation du refus doivent être portées devant les instances de ce pays.

NOTE DE SYNTHÈSE SUR LA RÉUNION DU :

9 AVRIL 1987 - à 10 H - Salle 824 B

SERVICE :

DGR/REGLEMENTATION

OBJET DE LA RÉUNION :

Groupe de travail sur les accords internationaux de Sécurité Sociale

PARTICIPANT :

M. BATINI - CPAM BORDEAUX
M. BACLET - CPAM VAL DE MARNE
Mme. CAPPELERO-PILLON - CPAM YVELINES
Mme. GATINET - CPAM HAUTS DE SEINE
Mme. LOCQUE - CPAM ESSONNE
M. MONTACUTELLI - CPAM LIMOGES
M. NICOLAS - CPAM PARIS
M. PACAUD - CPAM SEINE ST DENIS

PARTICIPANTS :

M. PAPE - CPAM DE BEAUVAIS
Mlle LOZAHIC - CNAMTS
M. ADAM - CNAMTS

EXCUSES :

M. SALM - CPAM THIONVILLE
Mme. ZINNI - CPAM LYON

COMPTE RENDU SUCCINCT :