

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

24/02/88

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des départements d'Outre-Mer

Réf. :

DGR n° 2192/88

Plan de classement :

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

Objet :

QUESTIONS ETUDIEES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ACCORDS INTERNATIONAUX
DE SECURITE SOCIALE.

Principales questions étudiées lors des dernières réunions du groupe de travail sur les accords internationaux
de sécurité sociale.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Direction de la Gestion du Risque

MMES et MM les Directeurs

24/02/88

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des départements d'Outre-Mer
(pour attribution)

N/Réf. : DGR N° 2192/88

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

Vous trouverez ci-jointes en annexe les principales questions étudiées lors des dernières réunions du groupe de travail sur les accords internationaux de sécurité qu'il m'a paru utile de porter à votre connaissance.

Vous voudrez bien faire connaître à la Division Réglementation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés toutes observations que pourraient appeler ces différentes questions.

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

M. BARUBE

QUESTIONS INSCRITES A L'ORDRE DU JOUR DE LA REUNION DU 4 JUIN 1987

DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ACCORDS INTERNATIONAUX

DE SECURITE SOCIALE

I - Convention franco-autrichienne

En cas de séjour temporaire le remboursement des prestations en nature lorsque la procédure normale n'a pas été suivie doit-il se faire en application de l'article 12 de l'Arrangement Administratif (cf. lettre publiée au bulletin juridique du CSSTM n° 2/86). Doit-on dans ce cas demander une tarification aux Caisses Autrichiennes ?

Si un assuré n'a pu bénéficier de prestations en nature selon les règles de procédure de l'article 15 de la Convention, il lui appartient de présenter un décompte qu'il a réglé à l'organisme d'assurance français compétent. Celui-ci examinera dès lors - le cas échéant après avoir saisi la Caisse Maladie Autrichienne - quels montants pourront être remboursés à l'assuré. Conformément à l'article 12 de l'Arrangement Administratif précisant les modalités d'application de la convention, les organismes autrichiens doivent communiquer dans de tels cas les tarifs de responsabilité qui auraient été appliqués à l'assuré.

(Source : lettre du 21 avril 1986 de la Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger - WIEN au CSSTM).

II - Convention franco-yougoslave

Cas des ressortissants français recevant des soins inopinés en Yougoslavie. La prise en charge des soins relève-t-elle de l'application de la convention ou de la législation interne ?

La prise en charge des soins délivrés en cas de séjour temporaire en Yougoslavie n'est pas prévue par les dispositions de la Convention Franco-Yougoslave de Sécurité Sociale. Les frais exposés peuvent donc être pris en charge en application de l'article R 322.2 du Code de la Sécurité Sociale.

III - Convention marocaine

Un ressortissant marocain perçoit des prestations de l'assurance chômage, il vient à être indemnisé au titre de l'assurance maladie et perçoit des indemnités journalières, au cours de cette période d'indemnisation est-il possible d'établir pour ses ayants droit demeurés dans le pays d'origine, l'attestation d'affiliation permettant de leur ouvrir des droits au regard de la législation marocaine ?

Chaque journée indemnisée au titre de la maladie, prévue à l'article 8 du décret n° 80-220 du 25 mars 1980 (article R 313-8 du Code de la Sécurité Sociale) équivaut à six heures de travail salarié.

Cette disposition a une portée générale qu'elle intervienne après une période d'activité, après une période indemnisée au titre de l'article L 311.5 ou de l'article L 161.8 du Code de la Sécurité Sociale, elle a chaque fois la même nature. La distinction capitale c'est que les heures qu'elles représentent ne peuvent pas être comptabilisées pour une réouverture des droits à la fin de la période de versement des indemnités journalières, lorsque l'indemnisation suit une période visée à l'article L 311.5 ou L 161.8 du Code de la Sécurité Sociale.

A partir de là on pourrait considérer que les périodes indemnisées au titre de l'article R 313.8 du Code de la Sécurité Sociale font de l'assuré un travailleur assimilé, lequel entrerait dans le champ d'application personnel des Conventions bilatérales de Sécurité Sociale.

IV - Séjour temporaire en Andorre

L'application de l'article 9 de l'Arrangement Général vise "le travailleur" de l'un des deux pays qui se rend dans l'autre, **au titre des congés payés**, lorsque son état vient à nécessiter immédiatement des soins, y compris l'hospitalisation. Lorsque les ayants-droit se rendent en Andorre **en dehors des périodes de congés payés du travailleur** peut-on leur appliquer les dispositions de l'article R 332.2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le Ministère dans sa dernière prise de position en la matière a dit : "il m'apparaît qu'en l'absence de dispositions particulières dans une convention bilatérale, l'article 97 bis du Décret du 29 décembre 1945 (l'article R 332.2 du Code de la Sécurité Sociale) devrait recevoir application dans tous les cas, aucune catégorie d'assurés ne pouvant être systématiquement exclue de son champ d'application" (Lettre GA - 409 du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale - Direction de la Sécurité Sociale - S/Direction de l'Assurance Maladie - Bureau P.2 du 5 janvier 1981).

V - Convention franco-algérienne

Le formulaire SE 352.05.I peut-il être considéré comme un formulaire de présomption de droits permettant de servir les prestations ?

Dans une lettre adressée le 21 janvier 1986 à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale à ALGER, le CSSTM lui faisait savoir "Je vous saurais gré de bien vouloir rappeler aux Institutions de votre pays que l'imprimé **SE 351.05.I est une attestation de prise en charge**. L'article 15, § 2,3 et 4 de l'Arrangement Administratif pris pour l'application de la convention franco-algérienne prévoit expressément **que l'institution d'affiliation du travailleur doit donner son accord à la prise en charge des frais**.

Ce qui veut dire que les travailleurs français occupés en Algérie doivent venir en France munis de l'imprimé SE 352.05.I. En cas de soins, au cours de la période de congés payés, la Caisse française établit un rapport médical et l'adresse à la Caisse d'affiliation.

Pour que les Caisses françaises puissent procéder au règlement des frais engagés, il faut que les Caisses algériennes adressent en retour le formulaire SE 352.05.II.

QUESTIONS INSCRITES A L'ORDRE DU JOUR DE LA REUNION DU 10 SEPTEMBRE 1987

1°) Accords internationaux de sécurité sociale et plan de rationalisation des dépenses de l'assurance maladie

La CNAMTS est intervenue à la demande du groupe de travail auprès du Ministère pour savoir si les prestations supplémentaires à caractère obligatoire entrent dans le champ d'application matériel des conventions internationales de sécurité sociale et doivent être servies aux ressortissants des Etats membres liés à la France par un accord de sécurité sociale lorsqu'ils viennent en France en transfert de résidence pour recevoir des soins ou en séjour temporaire.

Aucune réponse n'a été faite à ce jour.

Pour l'heure, seuls les ressortissants communautaires en séjour temporaire ou résidant en France se voient attribuer ces prestations.

2°) Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés

Les règlements communautaires peuvent-ils s'appliquer aux personnes handicapées, bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés dans des situations autres que celle du séjour temporaire dans un autre Etat membre, par exemple dans le cas d'une demande d'autorisation de transfert de résidence pour soins de santé dans un autre Etat membre (article 22 § C du Règlement (CEE) 1408/71) ?

Par lettre en date du 22 mars 1979 publiée au bulletin juridique n° 20.1979 feuillets verts, le Ministère donnait l'autorisation aux caisses primaires d'assurance maladie de délivrer le formulaire E 111 aux adultes handicapés en cas de séjour temporaire sur le territoire d'un autre Etat membre.

Aucune extension n'est intervenue à ce jour faisant entrer tous les affiliés d'un régime obligatoire de sécurité sociale dans le champ d'application personnel des Règlements CEE. Aussi doit-on leur appliquer les dispositions de l'article R 332.2 (3e alinéa) du Code de la Sécurité Sociale en cas de transfert de résidence dans le but de recevoir des soins appropriés à leur état de santé.

3°) Autorisation de fourniture de grand appareillage

Dans le cadre de la dotation globale en cas d'hospitalisation le grand appareillage peut-il faire l'objet d'une facturation individualisée ou se trouve-t-il inclus dans la dotation globale ?

Dans l'hypothèse où il est inclus dans la dotation globale son attribution doit-elle toujours faire l'objet d'une notification à la caisse d'affiliation.

En cas de modification ou de réparation ultérieure de l'appareillage dans le cadre de soins externes les prestations sont alors facturables. Leur remboursement ne risque-t-il pas d'être refusé par l'organisme étranger d'affiliation, si celui-ci n'a pas été sollicité dans un premier temps, au moment de l'attribution ?

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie rappellent que les soins reçus par les travailleurs migrants sont hors budget global.

Mais dans la réalité on constate deux situations :

- lorsque l'appareillage est fourni pendant l'hospitalisation son montant est inclus dans le budget global de l'hôpital,
- dans l'hypothèse où il est fourni à la sortie de l'hôpital, il peut faire l'objet d'une facturation individuelle.

Or ce n'est que lorsqu'il y a établissement d'une facture qu'une demande de remboursement peut être adressée à la caisse étrangère d'affiliation.

Afin d'évaluer l'importance du surcoût que cela représente, par voie de conséquence pour le régime français, les caisses primaires d'assurance maladie sont invitées à porter à la connaissance de la CNAMTS les cas qu'elles ont pu rencontrer.

4°) Modalités pratiques d'application de l'article 17 § 7 du Règlement CEE N° 574/72 dans le cas où une caisse française est organisme d'affiliation

L'avis à demander au service du contrôle médical ou dentaire, concerne-t-il uniquement la notion d'urgence ?

Le montant de la prise en charge peut-il être limité aux tarifs de remboursement français par référence à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou au TIPS ?

La Commission Administrative a retenu comme critère pour définir les prestations de grande importance une notion de "montant forfaitaire arrêté par elle périodiquement".

Elle vient de plus de faire savoir quels sont les moyens à utiliser pour une transmission plus rapide à l'institution d'affiliation du formulaire E 114 notifiant l'attribution d'une prestation de grande importance (décision n° 133 du 2.7.87 - JO CEE N° C 284/3).

La notification à la caisse d'affiliation doit être faite dans tous les cas.

Aux termes de l'article 17 § 7 du Règlement CEE n° 574/72 l'octroi de ces prestations - sauf en cas d'urgence absolue - peut faire l'objet d'une opposition motivée de l'institution d'affiliation.

Mais la faculté d'opposition ne saurait avoir pour effet d'empêcher l'octroi de prestations en nature de grande importance pour la seule raison qu'elles ne sont pas prévues par la législation de l'Etat d'affiliation.

Cette faculté d'opposition est donnée à l'institution compétente pour lui permettre d'éviter les abus éventuels, en appréciant notamment l'opportunité de l'octroi de telles prestations du point de vue médical, en particulier lorsqu'elle a déjà servi de son côté des prestations analogues.

L'institution d'affiliation ne peut se référer à sa propre nomenclature pour limiter le montant du remboursement, mais dans l'hypothèse où une telle pratique est utilisée par les autres Etats membres - la différence entre le montant remboursé et le montant réel de l'appareillage reste à la charge de l'assuré.

5°) CEE - Pensionnés du régime français

Les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, titulaires d'une allocation de vieillesse servie à ce titre, cotisent et bénéficient des prestations en nature du régime français.

En cas de départ pour une résidence permanente dans un autre Etat membre, les intéressés perdent le bénéfice de leur protection sociale.

La délivrance d'un formulaire E 111 ne peut constituer qu'une solution provisoire pour une durée limitée à 12 mois.

Pour ceux qui ne bénéficient pas d'une protection sociale en qualité d'anciens internes le fait que leur régime d'assurance vieillesse n'entre pas dans le champ d'application matériel des Règlements Communautaires ou des Conventions Internationales de Sécurité Sociale conduit à constater qu'ils sont actuellement dépourvus de couverture sociale lorsqu'ils quittent le territoire français.

A l'heure actuelle leur protection sociale ne peut être assurée au titre de la maladie dans la CEE que par le biais du maintien des droits pendant un an à l'aide du formulaire E 111 ou par le biais de l'assurance volontaire des français de l'Etranger dans l'hypothèse d'un transfert de résidence à l'Etranger quel que soit le pays de la nouvelle résidence.

6°) CEE - Pensionné de deux Etats

Il s'agit d'un pensionné du régime français de sécurité sociale de nationalité grecque, résidant en Grèce. Les restrictions ministérielles du 13 janvier 1986 liées à la nationalité des pensionnés résidant hors de France ne permettent pas la prise en charge des soins reçus sur le territoire français.

Cette personne est également pensionnée du régime grec et bénéficie d'un avantage qui n'entre pas dans le champ d'application des Règlements CEE. Cette pension lui ouvrant des droits au regard de la législation grecque d'assurance maladie, la Grèce ne demande pas à la France l'établissement d'un formulaire E 121 (il est à noter que si elle le faisait la France devrait dans ce cas payer un forfait alors qu'il a des droits personnels dans son pays de résidence).

Il résulte de cette situation que l'assuré qui cotise dans chaque Etat sur son avantage de vieillesse ne peut obtenir de formulaire E 111 pour couvrir ses séjours en France, ni être pris en charge en qualité de pensionné du régime français.

Pour les soins reçus sur le territoire français au cours d'un séjour temporaire, aucune solution ne peut être proposée du fait de la nouvelle interprétation ministérielle de la circulaire 31 SS du 20 février 1963.

7°) CEE - Pensionnés du régime britannique résidant en France

En tant que pensionné du régime britannique, un assuré perçoit des prestations du régime français sur présentation du formulaire E 121.

Son épouse perçoit également une pension à titre personnel mais celle-ci est acquise grâce aux cotisations versées par son mari.

Les autorités britanniques estiment qu'en raison de la modicité de l'avantage servi, la femme reste dépendante de son mari et doit être considérée comme ayant droit de celui-ci.

Les caisses primaires d'assurance maladie demandent si une telle situation ne doit pas donner lieu à la délivrance d'un formulaire E 121 pour chacun des époux par le régime britannique, selon les règlements CEE.

Dans le cadre de l'application de l'article 28 du Règlement CEE n° 1408/71 c'est l'Etat membre qui sert la pension qui est habilité à décider du droit aux prestations en nature du titulaire de la pension et des membres de la famille. C'est donc en fonction de l'évolution de sa législation qu'il décide si un titulaire de pension bénéficie ou non d'un droit propre aux prestations en nature ou au contraire si ses droits sont des droits dérivés.

8°) Arrangement franco-andorran

Le formulaire Frand 4 atteste du droit aux prestations en cas de séjour temporaire pour congés payés ou en cas de transfert de résidence.

Pour le risque maladie, la précision avec ou sans ticket modérateur doit être portée.

Compte tenu des nouvelles dispositions et limites de l'exonération du ticket modérateur, les particularités du régime français ne sont pas traduisibles sur ce formulaire pour une application par un organisme étranger.

L'arrangement franco-andorran prévoit en cas de transfert de résidence que le bénéfice des prestations en nature est assuré par l'organisme du lieu de résidence sur présentation du formulaire Frand 3 (pour les titulaires de pension) et Frand 4 (pour les travailleurs et leurs ayants droit) délivrés par l'organisme d'affiliation.

Le montant des prestations en nature servies par l'organisme du pays de résidence est facturé selon les tarifs de responsabilité dudit organisme.

Dans le cas où la législation du pays de résidence habituelle prévoit un ticket modérateur alors que la législation du pays d'affiliation n'en prévoit pas, les formulaires Frand 3 et Frand 4 établis par l'organisme d'affiliation pourront porter la mention "exonération du ticket modérateur pour les prestations à servir à l'assuré" et éventuellement, "à ses ayants droit".

Dans le cadre de la législation française sur les nouvelles modalités de prise en charge des affections longues et coûteuses, pour les personnes affiliées au régime français de sécurité sociale reconnues en ALD la rubrique II des formulaires Frand 3 et Frand 4 devra porter la mention avec exonération du ticket modérateur.