

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

20/03/98

**Origine :**

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM

. les Médecins Conseils Régionaux  
. M. les Médecins Conseils Chefs de Service  
. le Médecin Conseil Chef de Service de LA REUNION

(pour attribution)

**Réf. :**

DGR n° 27/98

ENSM n° 10/98

**Plan de classement :**

25205

**Objet :**

NOUVELLES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS  
DE DIALYSE A L'ETRANGER

**Pièces jointes :**

2

**Liens :**

Mod.circ DGR 1142/81

**Date d'effet :**

1er septembre 1997

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

DPAS/J.P. ADAM - C. LEVY - ENSM/Dr LAPORTE - Dr VANDENBERGHE

**Téléphone :**

01.42.79.32.85 - 01.42.79.35.85 - 01.42.79.32.94 - 01.42.79.33.27

@

**Direction  
de la Gestion du Risque  
Echelon National du Service Médical**

MMES et MM les Directeurs

20/03/1998

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

**Origine :**  
DGR  
ENSM

(pour attribution)

MMES et MM

. les Médecins Conseils Régionaux  
. les Médecins Conseils Chefs de Service  
. le Médecin Conseil Chef de LA REUNION  
(pour attribution)

**N/Réf. :** DGR n° 27/98 - ENSM n° 10/98

**Objet :** Nouvelles modalités de prise en charge des frais de dialyse à l'étranger.

Vous voudrez bien trouver ci-jointes les instructions ministérielles concernant les modifications apportées aux modalités de prise en charge des frais de dialyse à l'étranger. Ces instructions s'appliquent à compter du **1er septembre 1997** et annulent celles contenues dans les lettres ministérielles des 10 août 1979 et 29 janvier 1980 (Cf. \*circulaire DGR n° 1142/81 du 2 juillet 1981\*).

La lettre ministérielle, en date du 13 août 1997 (ci-jointe) ayant fait l'objet d'un certain nombre d'observations de la part de la CNAM, le Ministère a, dans une seconde lettre en date du 7 novembre 1997 (ci-jointe), précisé la portée des instructions contenues dans sa lettre du 13 août 1997.

La présente circulaire précise notamment la position de l'Echelon National du Service Médical dans ce domaine.

## 1. Champ d'application

Ces instructions ne visent pas les dialyses réalisées dans les pays de l'Espace Economique Européen ou celles effectuées en application d'une convention bilatérale sous réserve des dispositions visées au § 7 ainsi que de manière générale les personnes détachées à l'étranger mais en revanche les assurés se trouvant dans le cadre de l'article R332-2 - § 1 du Code de la Sécurité Sociale.

## 2. Contenu de la demande de l'assuré

L'assuré doit adresser une demande auprès de sa Caisse de résidence au moins **15 jours** avant la date prévue du départ à l'étranger.

Cette demande doit indiquer :

- 1°) le motif du séjour à l'étranger
- 2°) sa durée
- 3°) l'identité et l'adresse du centre d'hémodialyse
- 4°) le tarif applicable à la prestation d'hémodialyse et pratiqué par le centre aux nationaux du pays.

Ces éléments, fournis par l'assuré, permettront à la Caisse de se prononcer selon les modalités prévues avec le Service Médical et inscrites au PLAC.

## 3. Rôle du Service Médical

**L'avis du Service Médical n'est sollicité que lorsque la Caisse Primaire :**

- **ne peut se prononcer sur les seuls éléments fournis par l'assuré,**
- **suspecte une pratique abusive ou frauduleuse.**

L'avis donné par le Service du Contrôle Médical porte sur le nombre de séances de dialyse médicalement nécessaires, les conditions dans lesquelles cette prestation est dispensée (type de structure, environnement sanitaire) ainsi que sur le tarif applicable en fonction des éléments apportés.

#### 4. Tarif de remboursement des séances de dialyses

Après avis éventuel du Service médical (Cf. § 3), les services administratifs de la Caisse Primaire notifient à l'assuré sa prise en charge.

**A compter du 1er septembre 1997, cette prise en charge est de 1 960 F par séance.**

**L'attention des CPAM est appelée sur le fait que le remboursement doit s'effectuer dans la limite d'un montant maximum du tarif susvisé.**

#### 5. Modalités de remboursement

L'assuré de retour de l'étranger devra présenter à sa Caisse d'affiliation une demande de remboursement en joignant les factures acquittées du Centre de dialyse.

Ces factures devront indiquer clairement le détail des prestations médicales en rapport avec les séances de dialyse.

**Il est nécessaire de rappeler aux intéressés qu'ils s'exposent en cas de présentation au remboursement de prestations non effectuées, surfacturées ou ne correspondant pas à l'accord de prise en charge, aux sanctions prévues à l'article L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale et 441.1 du Code Pénal, indépendamment de la procédure de répétition de l'indu mentionnée à l'article 1376 du Code Civil.**

#### 6. Suppression du remboursement des frais de transport ainsi que de la durée maximale de prise charge de 5 semaines

Ainsi qu'il est indiqué par le Ministère, la prise en charge des soins de dialyse à l'étranger est exclusive d'autres prestations accessoires tels les frais de déplacement exposés par l'assuré pour se rendre à l'étranger et ceux pour se rendre de son lieu de travail ou de villégiature au centre de dialyse.

Le Ministère a estimé, par ailleurs, que le maintien d'une durée maximale de prise en charge de 5 semaines ne se justifiait pas davantage.

Cette durée ne reposait, en effet, sur aucune base légale, compte tenu du caractère dérogatoire de l'ensemble de ce dispositif.

Toutefois, cela ne saurait signifier que la durée de prise en charge soit illimitée. Il est nécessaire de rappeler qu'une durée exagérément prolongée serait incompatible avec le caractère exceptionnel de cette procédure forfaitaire de remboursement.

## 7. Portée de ces modifications sur les pays de l'E.E.E. et les conventions bilatérales

Dans la mesure où les lettres-circulaires des 10 août 1979 et 29 janvier 1980 sont caduques, il convient de tirer les conséquences pour les pays de l'E.E.E. et les conventions bilatérales à savoir :

- suppression de l'avis du Service Médical sous réserve des conditions indiquées au § 3 susvisé,
- suppression de la durée maximale de prise en charge de 5 semaines,
- suppression du remboursement des frais de transport lorsque les Règles communautaires ou les dispositions prévues par les conventions bilatérales ne peuvent être appliquées.



Les CPAM et les ELSM sont invités à faire connaître **par écrit** les difficultés soulevées par l'application des nouvelles instructions ministérielles.

Le Directeur  
de la Gestion du Risque

Le Médecin Conseil National Adjoint

Denis PIVETEAU

Docteur Alain ROUSSEAU

REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

07/11/1997

N° 268

Le Directeur de la Sécurité Sociale

à

Monsieur le Directeur  
de la Caisse Nationale  
de l'Assurance Maladie  
des Travailleurs Salariés

Objet : Modalités de prise en charge des frais de dialyse  
à l'étranger

Référence : instruction ministérielle du 13 août 1997.

Par instruction citée en référence, je vous précisais les modalités selon lesquelles les prestations de dialyse à l'étranger devaient être prises en charge, à compter du 1er septembre 1997.

J'ai pris connaissance de la lettre en date du 28 août 1997 dans laquelle vous développez diverses observations sur les aménagements demandés.

Cette instruction fait suite à un certain nombre de pratiques portées à ma connaissance, consistant à l'évidence à tirer profit de niveaux de prise en charge de frais de dialyse très avantageux pour subventionner, notamment aux Etats-Unis et aux Antilles, des prestations à caractère principalement touristique aux frais de l'assurance maladie. Par ailleurs, l'absence de contrôle sur la réalité des tarifs dans ces pays conduit à une

facturation quasi-systématique au plafond de prise en charge.

C'est la raison pour laquelle je vous ai demandé :

- de limiter le tarif de remboursement au tarif conventionnel plafond applicable en France, soit 1960 F pour 1997 ;

- d'améliorer le dispositif de prise en charge, en mettant la caisse en situation de rétribuer des prestations sanitaires identifiées comme telles, à l'exclusion de toute prestation accessoire.

Sur le fond du dossier, je vous rappelle :

- que le champ d'application de cette instruction concerne les ressortissants de votre régime en déplacement à l'étranger (professionnel, touristique ...) et non pas les Français de l'étranger ou des Français détachés à l'étranger ;

- que la prise en charge des soins de dialyse à l'étranger, dans les conditions susmentionnées, reste une simple tolérance qui ne résulte pas, comme vous semblez l'indiquer, de l'arrêté du 9 février 1978 (lequel n'est applicable qu'aux Français résidant à l'étranger et affiliés à la Caisse des Français de l'étranger) mais de lettres-circulaires des 10 août 1979 et du 29 janvier 1980. Cette tolérance procède d'une interprétation extensive des dispositions de l'article R. 322-2 du code de la sécurité sociale au bénéfice des seuls assurés nécessitant des soins de dialyse et en déplacement à l'étranger.

Par conséquent, les dispositions pratiques que l'administration centrale s'est trouvée contrainte de vous demander de mettre en oeuvre visent à moraliser les pratiques actuelles et à rendre opérationnel le dispositif dérogatoire de prise en charge dans des conditions qui permettent sa continuation : il en va notamment ainsi du délai exigé pour établir la demande de prise en charge.

Les autres points évoqués dans votre courrier du 28 août, appellent les précisions suivantes :

1) Il appartient aux caisses lorsqu'elles accordent une prise en charge, de vérifier la justification médicale de la prescription, de valider le nombre de séances demandé pour une durée donnée et de s'assurer que cette prestation sanitaire sera bien effectuée dans une structure sanitaire (identité et adresse de la structure).

Si tel n'est pas le cas, la prise en charge ne se justifie pas.

Je m'étonne que l'exigence d'éléments aussi indispensables puisse susciter des difficultés dans la mesure d'une part où les éléments sont nécessairement connus de l'assuré au moment où il sollicite la prise en charge et, d'autre part, où ces vérifications concernent précisément les "éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie (...)" au sens du I de l'article L. 315-1, qui sont la raison même du contrôle médical.

Ceci ne signifie pas qu'il incombe au médecin-conseil de "déterminer" le tarif applicable, mais il importe qu'il puisse donner un accord global sur une prestation reconnue comme médicalement nécessaire, les conditions dans lesquelles cette prestation est dispensée (type de structure, environnement sanitaire) et un tarif applicable (nombre de séances à x F/séance en fonction des éléments apportés), même si dans l'immédiat, les informations ne peuvent qu'être apportées par l'assuré et si un contrôle systématique n'est pas matériellement possible. Compte tenu de la concentration des dialyses sur certains sites, on peut cependant souhaiter que la caisse se dote rapidement d'une base de données permettant d'identifier les structures sanitaires pratiquant à l'étranger des dialyses dans des conditions de sécurité et de qualité justifiant une prise en charge au titre de l'assurance maladie.

2) Le maintien par circulaire d'une durée maximale de prise en charge de 5 semaines - durée qui ne reposait sur aucune base légale, compte tenu du caractère dérogatoire de l'ensemble de ce dispositif - ne se justifie pas davantage. Il serait en effet inconvenable de refuser une prise en charge pour 6 ou 7 semaines sur un tel motif. Ceci ne signifie évidemment pas que la durée de prise en charge soit illimitée. Une durée exagérément prolongée serait du reste incompatible avec la notion de soins inopinés résultant de l'article R. 322-2 du code de la sécurité sociale.

3) L'instruction du 13 août 1997 est sans incidence sur les soins effectués dans des pays de l'EEE, ou ceux effectués en application d'une convention bilatérale, qui continuent à relever du droit spécifique qui leur est applicable.

L'objet de mon instruction du 13 août 1997 vise à enrayer pour l'avenir un système certes marginal mais apparemment bien organisé de prestations de dialyse à visée principalement touristique qui, s'il n'y est pas mis un terme rapidement, va discréditer une mesure initialement prise pour faciliter la mobilité des insuffisants rénaux.

Je suis convaincu que vous partagez cet objectif de clarification et de moralisation qui recueille l'accord de la FNAIR et qui implique la collaboration active de la CNAMTS.

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir mettre en oeuvre sans plus tarder l'instruction du 13 août 1997, aucune des difficultés invoquées ne me semblant en l'état pouvoir sérieusement faire obstacle à ce que les instructions appropriées soient transmises aux caisses primaires.

Le Directeur de la Sécurité Sociale

Raoul BRIET

REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-Direction de l'Accès aux Soins  
JL/CG - Bureau 2 B - n° 97-326

13/08/1997

Le Directeur de la Sécurité Sociale

à

Monsieur le Directeur  
de la Caisse Nationale  
de l'Assurance Maladie  
des Travailleurs Salariés

Objet : Modalités de prise en charge des frais de dialyse  
à l'étranger

Par courrier en date du 4 mars 1997, vous m'avez saisi des pratiques de certains prestataires de soins de dialyse à l'étranger qui, sous couvert de fournir une prestation strictement médicale, organisent de véritables séjours d'agrément en utilisant le plafond de prise en charge des soins de dialyse à l'étranger pour faire bénéficier leurs clients de tarifs touristiques particulièrement avantageux.

Je vous rappelle que, par lettres-circulaires des 10 août 1979 et 29 janvier 1980, a été donnée en ce qui concerne les soins de dialyse une interprétation bienveillante à la notion de "soins inopinés", normalement requise pour que soient pris en charge à l'étranger des soins qui peuvent être dispensés en France, en application de l'article R. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Cette tolérance avait été accordée pour favoriser l'autonomie des insuffisants rénaux et notamment éviter tout obstacle à une vie professionnelle normale, notamment lorsqu'elle suppose des déplacements à l'étranger. Elle devait permettre de faciliter la prise en charge de séances de dialyse en centre pour des insuffisants rénaux, dans la mesure où le traitement ne pouvait être considéré comme le motif principal du déplacement.

Application laxiste de cette mesure ainsi que les errements qu'elle a entraînés me conduisent donc à préciser les conditions strictes dans lesquelles pourront désormais être pris en charge les soins à dialyse à l'étranger.

#### 1 - Les conditions de prise en charge

La prise en charge des soins de dialyse à l'étranger des assurés sociaux affiliés au régime général peut être accordée dans les strictes limites suivantes :

- l'assuré devra en faire la demande auprès de sa caisse d'affiliation, au moins quinze jours avant la date prévue du départ à l'étranger. Cette demande devra comporter le motif et la durée du séjour à l'étranger, l'identité et l'adresse du centre d'hémodialyse ainsi que le tarif applicable à la prestation d'hémodialyse et pratiqué par le centre aux nationaux du pays.

- la caisse transmet la demande pour avis au service du contrôle médical qui lui est rattaché.

L'avis donné par le service du contrôle médical porte sur le nombre de séances de dialyse médicalement nécessaires, sur l'identité du centre qui en assure l'exécution et sur le tarif de prise en charge de la séance.

#### 2 - Le niveau de prise en charge et ses conséquences

La prise en charge est accordée par la caisse dans la limite du tarif correspondant aux séances de dialyse dans

les établissements de santé privés à tarification conventionnelle, soit 1960 F par séance pour 1997.

J'attire votre attention sur le fait qu'il s'agit là d'un montant maximal.

Il appartient aux caisses, au vu des devis fournis et des factures présentées, de limiter la prise en charge aux seuls frais acquittés correspondant à des soins de dialyse réellement effectués. A cet égard, toute facture présentée au remboursement devra comporter le détail des prestations médicales fournies et sera accompagnée d'une attestation de l'assuré établissant que le montant facturé correspond bien aux prestations indiquées et au montant acquitté.

En outre, la prise en charge des soins de dialyse à l'étranger est exclusive d'autres prestations accessoires.

Il en va notamment ainsi des transports : l'assurance-maladie ne prend en charge ni les frais de déplacement exposés par l'assuré pour se rendre à l'étranger, ni ceux, le cas échéant, engagés par l'assuré pour se rendre de son lieu de travail ou de villégiature au centre de dialyse, y compris lorsque le traitement s'inscrit, en application des dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, dans le cadre d'un protocole interrégime d'examen spécial qui comporte la prise en charge de transports relatifs à des soins de dialyse.

Lors de la notification de la prise en charge, il y a ainsi lieu de rappeler que l'assuré s'expose, en cas de présentation au remboursement de prestations non effectuées, surfacturées ou ne correspondant pas à l'accord de prise en charge, aux sanctions prévues à l'article L. 377-1 et suivants du code de la sécurité sociale, indépendamment de la procédure de répétition de l'indu mentionnée à l'article 1376 du code civil.

La présente instruction remplace les lettres-circulaires précitées.

Vous voudrez transmettre ces précisions aux caisses locales pour une mise en oeuvre au 1er septembre 1997 et me saisir de toute difficulté rencontrée à cette occasion.

Le Chef de Service  
Adjoint au Directeur de la Sécurité Sociale

Anne-Marie BROCAS