



UNION LUXEMBOURGEOISE DES CONSOMMATEURS

Consultation d'un médecin et hospitalisation à l'étranger

*Que va rembourser la caisse de maladie
et comment ?*



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

L'Auteur:



Portrait photograph by Roswitha Kaster, Riol (www.fotografin-riol.de)

Maître Patrick Goergen

Maître en droit

DESS Contentieux communautaire

Avocat à la Cour, inscrit au barreau
de Luxembourg depuis 1995



ETUDE PATRICK GOERGEN
Avocats à la Cour

(www.egoergenlaw.com)

A member of

EUROPEAN LAW FIRM

(www.european-law-firm.com)



Préface



Le libre choix du prestataire de soins ainsi que la prise en charge des actes et fournitures médicaux y relatifs constituent les deux principes fondamentaux des soins de santé au Luxembourg.

Ces principes inhérents à notre législation nationale consacrée dans le Code de la sécurité sociale ont – au fil des quinze dernières années - dû être réinterprétés par la Cour de Justice de l'Union européenne lorsqu'il s'agissait de savoir si une personne assurée au Luxembourg peut également se prévaloir de ces deux principes dans l'hypothèse où elle veut se faire soigner dans un autre pays de l'Union européenne.

Si la sécurité sociale continue à relever de la compétence des Etats membres, ceux-ci doivent néanmoins en vertu de la hiérarchie des normes veiller à ce que leur législation nationale dans ce domaine soit compatible avec les principes communautaires et notamment avec les libertés du traité de l'Union européenne telles que la libre circulation des personnes, la libre prestation des services et la libre circulation des marchandises.

Grâce à la présente publication, qui ne constitue qu'une consécration de l'état actuel de la jurisprudence communautaire, l'assuré peut recevoir des réponses à de nombreuses questions parmi lesquelles il y a lieu de soulever les suivantes:

- Dans quelles hypothèses l'assuré doit-il demander une autorisation préalable auprès de la Caisse nationale de santé pour se faire traiter à l'étranger?
- Qui prend en charge le coût d'un tel traitement et selon quelle législation?
- Quelles sont les voies de recours pour l'assuré en cas de refus d'autorisation préalable ou de prise en charge des soins de santé?

Il est conseillé à l'assuré de s'informer au préalable auprès de sa caisse de maladie compétente sur les conditions de procédure et de délai applicables.

Sommaire

- 07** (1) Soins médicaux programmés dans un pays de l'UE
- 07** A. L'autorisation préalable de la caisse de maladie
- 07** 1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers
- 09** 2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire
- 09** (a) Pourquoi l'autorisation de la caisse de maladie est-elle nécessaire pour des soins hospitaliers?
- 10** (b) Demande de prise en charge des frais et délivrance du formulaire E112
- 13** (c) Que faire en cas de refus?
- 16** B. Le remboursement des frais
- 16** 1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers
- 16** (a) Quand est déposée la demande de remboursement?
- 16** (b) Selon quelles règles se calcule le taux de remboursement?
- 17** 2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire
- 17** (a) Quand la demande de remboursement est-elle déposée?
- 17** (b) Selon quelles règles se calcule le taux de remboursement?
- 20** (c) Difficulté de comparaison entre les différents systèmes de caisses de maladie
- 21** (d) Quels frais sont pris en charge?
- 23** (e) L'influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie

25 (2) Soins de santé imprévus dans un pays de l'UE ou de l'AELE

25 A. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie

26 B. Quels sont les avantages de la carte européenne d'assurance maladie?

27 C. Comment les frais sont-ils remboursés?

28 (3) Comment faire valoir vos droits?

28 A. Exiger une décision du Comité-directeur pouvant être frappée d'appel

28 B. Former opposition auprès du Conseil arbitral

30 C. Autres voies de recours, si nécessaire

La présente publication tient compte du nouveau règlement (CE) 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale qui est entré en vigueur le 1^{er} mai 2010.

Consultation d'un médecin et hospitalisation à l'étranger

Que va rembourser la caisse de maladie et comment?



Vous vous trouvez à l'étranger dans un pays européen et devez avoir recours à des soins médicaux de façon inattendue. Votre médecin traitant au Luxembourg vous envoie chez un spécialiste à l'étranger. Vous optez pour une hospitalisation à l'étranger. Dans le cadre de la libre circulation des services, vous exercez ainsi votre droit de liberté de mouvement en recourant à des soins médicaux dans un autre Etat. Cependant, quelles formalités devez-vous accomplir dans ces cas-là en vue d'un remboursement des frais par la caisse de maladie? Quel montant sera remboursé par la caisse de maladie¹?

¹ Par souci de simplification, nous continuons à utiliser le terme courant de «caisse de maladie», bien que, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 sur le statut unique, la fusion de plusieurs caisses de maladie ait conduit à la fondation de la Caisse nationale de santé (qui a repris les tâches de l'Union des caisses de maladie au 1^{er} janvier 2009). Le terme de «caisse de maladie» renvoie dans le cadre de cette contribution aussi bien à la Caisse nationale de santé qu'aux caisses de maladie des fonctionnaires et employés publics et communaux ainsi que des employés des CFL.

Même si le droit de l'Union européenne, selon une jurisprudence constante, ne remet pas en cause la compétence des Etats membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale², les Etats membres sont tenus de respecter le droit de l'Union européenne lors de l'exercice de ces pouvoirs. Et c'est justement dans ce domaine que depuis 1998 des arrêts ayant valeur de précédent ont été rendus par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)³, jugements qui ont fait grand bruit, également au Luxembourg. Il est donc temps de donner une vue d'ensemble⁴ de la problématique du remboursement des soins médicaux⁵.

Il faut préciser que la contribution qui suit se limite aux cas des citoyens ayant leur résidence au Luxembourg, étant assurés de façon obligatoire auprès d'une caisse de maladie luxembourgeoise et ayant recours à des soins médicaux dans un autre pays de l'Union européenne.

² Les dispositions communautaires sur la sécurité sociale ne tendent pas à remplacer les systèmes nationaux de sécurité sociale existants par un régime européen commun, mais aspirent bien plus à une coordination de ces systèmes. Elles définissent des règles et principes communs devant être respectés par les autorités nationales, les organismes de sécurité sociale et les juridictions nationales lors de l'application des règles internes. Voir Règlement (CE) N° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO L 166 du 30.04.2004, page 1, rect. JO L 200 du 07.06.2004, p. 1) et le Règlement (CE) N° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 portant fixation des modalités d'application du Règlement (CE) N° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO L 284 du 30.10.2009, p. 1). Ces deux règlements ont remplacé à partir du 1^{er} mai 2010 les règlements communautaires 1408/71 et 574/72.

³ Depuis le 1^{er} décembre 2009, date de l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne, la Cour de justice des Communautés européennes est désormais appelée «Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)». L'ancienne dénomination est toutefois utilisée dans le cadre de cette contribution en ce qui concerne la jurisprudence de la Cour avant cette date.

⁴ Selon la jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne, les activités médicales relèvent du champ d'application de la libre prestation de services au sens de l'article 57 TFUE (ex-article 50 TCE), sans qu'il y ait lieu de distinguer à cet égard selon que les soins sont dispensés dans un cadre hospitalier ou en dehors d'un tel cadre.

⁵ Dans son rapport d'activité pour la période allant du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007 (point 1.4.1., page 41), l'Ombudsman Marc Fischbach a constaté l'absence de brochure d'information spécifique à ce sujet, et qu'il existe par ailleurs des problèmes au niveau de l'accès à la jurisprudence dans ce domaine. La perpétuation de ce défaut a été critiquée par l'Ombudsman dans son rapport d'activités pour la période allant du 1^{er} octobre 2007 au 30 septembre 2008 (point 1.4.1., page 43) et dans celui pour la période allant du 1^{er} octobre 2008 au 30 septembre 2009 (point 1.4.1., page 49) dans lequel il estime même que l'égalité des armes entre le citoyen et l'Administration n'est dès lors toujours pas garantie.



De façon générale, il faut faire la différence entre les soins médicaux programmés (1) et les soins de santé devenus nécessaires de façon imprévue (2) dans un pays de l'UE. La troisième partie de la présente contribution est consacrée à la façon dont des assurés peuvent faire valoir leurs droits vis-à-vis de la caisse de maladie (3).

(1) Soins médicaux programmés dans un pays de l'UE

Pour des soins médicaux programmés dans un autre pays de l'Union européenne, il existe différents procédés à suivre en fonction du type de soins – traitement ambulatoire non hospitalier ou traitement en milieu hospitalier stationnaire⁶. Les différences existent tant au niveau de la nécessité d'une autorisation préalable (A) qu'au niveau du remboursement des frais (B).

A. L'autorisation préalable de la caisse de maladie

1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers

Pour des soins programmés à l'avance, prodigués par un médecin étranger dans son cabinet, vous pouvez vous rendre directement dans le pays où les soins vous seront prodigués. Une autorisation préalable de la caisse de maladie n'est pas obligatoire, mais le fait de solliciter et d'obtenir une telle autorisation aura des conséquences sur le taux de prise en charge des frais⁷.

Cette même règle est valable pour l'achat de produits auprès de fournisseurs de prestations étrangers, par ex. l'achat de lunettes chez des opticiens étrangers.

La simplification est apparue suite aux arrêts Kohll⁹ et Decker¹⁰ de la CJCE du 28 avril 1998. Jusqu'à cette date, la prise en charge de

⁶ Actuellement, il n'existe aucune définition commune européenne pour «soins stationnaires» ou «soins ambulatoires». Selon la CJUE, il faut comprendre par soins ambulatoires un traitement médical effectué par un médecin dans son cabinet ou lors d'une visite à domicile; les soins stationnaires sont des soins prodigués en milieu hospitalier.

⁷ 1 623 autorisations E 112 ont encore été délivrées en 2006 pour des soins médicaux ambulatoires à l'étranger.

⁸ Voir point (1) B. 1. ci-après

⁹ CJCE, 28 avril 1998, Raymond Kohll contre l'Union des caisses de maladie, C-158/96, I-1931

¹⁰ CJCE, 28 avril 1998, Nicolas Decker contre la Caisse de maladie des employés privés, C-120/95, I-1831

prestations médicales remboursables selon les modalités du droit de l'Etat d'affiliation était conditionnée par une autorisation préalable de l'organisme assureur de cet Etat si les prestations étaient délivrées dans un autre Etat membre.

Kohll et Decker

Dans le premier litige, il s'agissait d'un ressortissant luxembourgeois ayant demandé à sa caisse de maladie d'autoriser pour sa fille mineure un traitement auprès d'un orthodontiste à Trèves (Allemagne). La raison du refus de cette demande fut que le traitement n'était pas urgent et pouvait de plus être prodigué au Luxembourg.

Dans le deuxième litige, le plaignant, un ressortissant luxembourgeois, avait demandé à sa caisse de maladie de lui rembourser les frais d'une paire de lunettes avec verres correcteurs achetée auprès d'un opticien à Arlon (Belgique) sur ordonnance de son ophtalmologiste luxembourgeois. La raison du refus de remboursement fut que les lunettes avaient été achetées à l'étranger sans autorisation préalable.

Le fait de soumettre la prise en charge des prestations de maladie remboursables, selon les modalités de la législation de l'Etat d'affiliation, à une autorisation préalable de l'institution de cet Etat lorsque les prestations sont fournies dans un autre Etat membre constitue, selon la Cour de justice des Communautés européennes, une restriction à la libre prestation des services respectivement à la libre circulation des marchandises, telles que garanties par les traités européens. Une telle réglementation découragerait les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis dans un autre Etat membre et constitue, tant pour ces derniers que pour leurs patients, une entrave à la libre prestation des services.

L'Union des caisses de maladie justifiait cette entrave par le contrôle nécessaire des dépenses de santé (l'exigence d'une autorisation préalable étant le seul moyen efficace et le moins contraignant pour contrôler les dépenses de santé et pour maintenir l'équilibre budgétaire du système de sécurité sociale) et par la sauvegarde de la santé publique (l'exigence étant nécessaire pour garantir la qualité des prestations médicales et l'offre d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous les affiliés au Luxembourg).

Pour la Cour européenne, une atteinte grave à l'équilibre financier du système de la sécurité sociale peut certes constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier



pareille entrave. En l'espèce cependant, ni le remboursement forfaitaire pour lunettes ou verres correcteurs achetés dans d'autres Etats membres, ni le remboursement de frais de soins dentaires selon les tarifs de l'Etat d'affiliation n'ont une incidence sur le financement ou l'équilibre du système de sécurité sociale.

Même lors du contrôle de la justification objective de la réglementation litigieuse par des motifs liés à la protection de la santé publique, telle que mise en avant par le gouvernement luxembourgeois, la Cour européenne de justice à Luxembourg a soutenu la thèse des plaignants. L'application de la réglementation litigieuse ne peut être justifiée par le prétexte que la qualité nécessaire des prestations médicales fournies dans d'autres Etats membres doit être garantie. La réglementation luxembourgeoise n'est pas considérée comme étant nécessaire en vue d'assurer le maintien d'une capacité de soins ou une compétence médicale essentielle sur le territoire national.

La CJCE a donc décidé dans les deux cas que les réglementations nationales luxembourgeoises transgressaient les dispositions du traité CE dans la mesure où l'achat de lunettes ou les soins dentaires étaient conditionnés par l'obtention d'une autorisation préalable de la caisse de maladie.

2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire

Pour des soins programmés à l'avance en milieu hospitalier stationnaire, la caisse de maladie exige que vous déposiez une demande préalable de prise en charge des frais.

(a) Pourquoi l'autorisation de la caisse de maladie est-elle nécessaire pour des soins hospitaliers ?

Le droit luxembourgeois et de l'Union européenne de la sécurité sociale prescrit que le patient doit solliciter et obtenir une autorisation préalable de prise en charge des frais de soins hospitaliers à l'étranger¹¹.

¹¹ Article 23, alinéa 2, des statuts de la Caisse nationale de santé: «Sauf les traitements d'urgence reçus en cas de maladie ou d'accident lors d'un séjour temporaire à l'étranger, la prise en charge des prestations délivrées à l'étranger doit être couverte par une autorisation donnée par le contrôle médical suivant les modalités prévues par les présents statuts et, au cas où il s'agit de prestations délivrées dans un pays lié au Luxembourg par un des instruments visés à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, dans la forme et d'après les modalités prévues par ces instruments.»

L'exigence d'une autorisation préalable représente aussi pour la Cour européenne de justice une mesure nécessaire et raisonnable¹². Le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir doivent pouvoir faire l'objet d'une planification. Une telle planification poursuit l'objectif de garantir, sur le territoire de l'Etat concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité. D'autre part, elle doit contribuer à assurer une maîtrise des coûts et à éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Un tel gaspillage s'avérerait, de l'avis de la CJUE, d'autant plus dommageable qu'il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quelque soit le mode de financement utilisé, pas illimitées.

Le système d'autorisation préalable doit, cependant, se baser sur des critères objectifs et non discriminatoires, connus à l'avance. Le pouvoir d'appréciation des autorités nationales est encadré, ce qui doit empêcher l'arbitraire^{13 14}.

(b) Demande de prise en charge des frais et délivrance du formulaire E 112¹⁵

La demande de prise en charge des frais doit être adressée à la Caisse nationale de santé¹⁶. Une demande écrite émanant du

¹² CJCE, 12 juillet 2001, B.S.M. Smits contre Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms contre Stichting CZ Groep Zorgverzekering, C-157/99, I-5473

¹³ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan contre Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, C-56/01, I-12403

¹⁴ L'exigence de l'autorisation préalable est encore retenue dans la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (COM(2008)0414), qui se trouve actuellement en voie d'adoption (cf. résolution législative du Parlement européen du 23 avril 2009 et travaux actuellement en cours au niveau du Conseil)

¹⁵ A partir du 1^{er} mai 2010, avec l'entrée en vigueur du règlement (CE) N° 883/2004 et du règlement (CE) N° 987/2009 portant fixation des modalités de son application, le formulaire E 112 est remplacé par le nouveau formulaire «S 2», dénommé «Le droit à des soins programmés» – Autorisation de transfert à l'étranger en vue d'y effectuer un traitement. En raison de son acceptation dans le vocabulaire courant, l'ancienne dénomination E 112 sera toutefois encore utilisée dans la présente contribution.

¹⁶ Caisse nationale de santé (CNS), 125 route d'Esch, L-1471 Luxembourg, Tél. (+352) 27 57 1, E-mail cns@secu.lu, www.cns.lu. Les demandes de formulaire E 112 y sont traitées par 2 rédacteurs et 5 expéditionnaires (chiffres de 2005).



médecin traitant¹⁷ doit être couchée sur un formulaire spécial. La demande doit contenir la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger, la présentation des faits ainsi que les critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat un traitement au Luxembourg¹⁸.

La demande est examinée à sa réception par le médecin du contrôle médical.

Dans le cas où la demande est acceptée par le contrôle médical, la Caisse nationale de santé atteste en délivrant le formulaire E 112¹⁹, qu'elle prendra en charge les frais des soins que le demandeur souhaite recevoir à l'étranger. Le formulaire mentionne l'adresse de l'ayant droit de la prise en charge des frais, la durée de la prise en charge pour les prestations et, si possible, l'établissement appelé à dispenser les soins.

Chaque année, plus de 12000 demandes sont déposées au Luxembourg²⁰, dont à peine plus de 4% sont refusées²¹. Moins de la moitié des demandes concernent des soins hospita-

¹⁷ Article 27, alinéa 1, des statuts de la Caisse nationale de santé: «*La prise en charge par l'assurance maladie des consultations visées à l'article précédent, est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin. Si la demande concerne un traitement médical à l'étranger visé à l'article 25, la demande doit être produite par un spécialiste dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas ou du domaine d'une discipline apparentée.*»

¹⁸ Article 27, alinéa 2, des statuts de la Caisse nationale de santé: «*La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger, la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg, ainsi que le cas échéant une justification établissant que le déplacement ne peut être effectué par les transports publics en commun. Les dispositions du chapitre 11 sont applicables.*»

¹⁹ Voir note 15.

²⁰ 2001: 11 996; 2002: 13 414; 2003: 13 304; 2004: 12 392; 2005: 12 138; 2006: 12 249. Source: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, page 64

²¹ Le nombre de refus a cependant plus que doublé depuis 2001. 2001: 2,04%; 2002: 2,10%; 2003: 3,11%; 2004: 3,94%; 2005: 4,17%; 2006: 4,35%. Ce doublement se reflète même exprimé en chiffres relatifs (2001: 245 refus, 2006: 533 refus). Source: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, page 64

liers²², en grande partie pour des maladies cardiaques, des maladies des yeux et des tumeurs. En 2006, 24,8 millions d'euros ont été remboursés par les caisses de maladie sur la base de la procédure E 112²³.

Dans le cas où, après délivrance du formulaire E 112, une nouvelle consultation du médecin ou de l'hôpital étranger est nécessaire pour garantir un suivi médical du traitement, le contrôle médical a la possibilité de dispenser le patient de présenter une nouvelle demande formelle²⁴.

Le formulaire E 112 est également valable si, lors d'un séjour dans un hôpital étranger, le médecin traitant décide qu'un traitement urgent est nécessaire dans un autre établissement même en dehors de l'UE. Dans un tel cas, la CNS ne peut exiger du patient qu'il retourne à son domicile afin de se soumettre à un contrôle médical. Il revient aux services de l'Etat membre, dans lequel le détenteur du formulaire E 112 s'est rendu pour se faire soigner, de décider du traitement adéquat. De façon générale, la caisse de maladie du domicile est liée par les décisions liées à la pathologie diagnostiquée ainsi que les mesures thérapeutiques nécessaires. La décision de faire prodiguer les soins dans un Etat non membre de l'UE fait partie de ces décisions. Tant que le traitement reste objectivement adéquat, il est couvert par l'attestation E 112²⁵.

La CJUE exige que le régime d'autorisation mis en place par les autorités nationales repose notamment sur un système procédural aisément accessible. Le système doit aussi être propre à garantir aux

²² 5 033 autorisations E 112 pour des soins en milieu hospitalier stationnaire en 2006. L'autre partie des autorisations E 112 concerne les consultations (4 540), les traitements ambulatoires (1 623), les cures (60) et les analyses (460). Source: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, page 64

²³ Par rapport à l'année 2005 (où 37,6 millions d'euros ont été remboursés), cela représente une baisse d'un tiers. Source: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, page 63

²⁴ Article 27, alinéa 3, des statuts de la Caisse nationale de santé: «A la suite d'une autorisation de transfert, le contrôle médical peut dispenser d'une demande formelle présentée dans les formes ci-devant si le transfert a pour objet une consultation du prestataire étranger, nécessaire en vue du suivi médical du traitement.»

²⁵ CJCE, 12 avril 2005, les héritiers d'Annette Keller contre INSS et Ingesa, C-145/03, I-2529

intéressés que leur demande sera traitée dans un délai raisonnable, et avec objectivité et impartialité²⁶.

(c) *Que faire en cas de refus?*

De façon générale, le refus d'autorisation, ou les avis sur lesquels ces refus sont éventuellement fondés, doivent viser les dispositions spécifiques sur lesquelles ils reposent. Par ailleurs, le refus doit être dûment motivé au regard de ces dispositions²⁷.

Les refus de la Caisse nationale de santé peuvent reposer sur des raisons aussi bien médicales qu'administratives.

Les refus administratifs sont fréquemment motivés par le fait que la prestation sollicitée n'est pas prévue dans le système de soins du pays où doit se faire le traitement, ou que les prestataires choisis dans l'autre Etat de l'Union européenne ne disposent pas de convention avec le système légal d'assurance maladie du pays de délivrance des soins²⁸. Dans ces cas-là, la caisse de maladie ne délivre pas de formulaire E 112, au motif que dans le pays du traitement la prise en charge de tels soins n'est pas prévue.

Des raisons médicales sont avancées pour un rejet notamment lorsque le contrôle médical est d'avis que les soins peuvent tout aussi bien être prodigués au Luxembourg, ou si le médecin traitant n'a pu prouver que les soins médicaux au Grand-Duché ne sont pas adéquats²⁹.

En effet, la prise en charge des frais peut être refusée lorsque les soins envisagés à l'étranger figurent parmi les prestations prévues au Luxembourg, et un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun au Luxembourg³⁰.

Au cas où la Caisse nationale de santé refuse de prendre en charge les frais, au motif que des thérapies suffisantes et appropriées sont

²⁶ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan, cf. note 13

²⁷ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan, cf. note 13

²⁸ Voir Jean-Marie Feider, Intervention relative aux prestations médicales à l'étranger, Conférence sur les aspects du droit «européen de la consommation», 14 octobre 2005, page 8

²⁹ Voir note 28

³⁰ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan, cf. note 13. Article 20.2. du Règlement (CE) N° 883/2004 (cf. note 2): «... L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie».

proposées au Luxembourg, et qu'il n'y a aucune nécessité médicale vous obligeant à vous faire soigner dans une clinique à l'étranger, vous avez néanmoins la possibilité d'avancer les arguments suivants en vous référant au droit de l'Union européenne³¹. Ainsi, l'autorisation ne pourra plus vous être refusée pour absence de nécessité médicale que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun en ayant recours à un établissement avec lequel la caisse de maladie de l'assuré a conclu une convention. Lors de cette évaluation, il faudra tenir compte, d'un point de vue médicalement objectif, non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée, mais aussi de ses antécédents, de l'évolution probable de la maladie ainsi que du degré de douleur et/ou de la nature du handicap³².

L'autorisation préalable ne peut vous être refusée en se fondant exclusivement sur l'existence de listes d'attente, celles-ci étant destinées à planifier et gérer l'offre hospitalière en fonction de priorités cliniques préétablies en termes généraux. La CNS doit bien plus tenir compte de votre santé personnelle et s'assurer que le délai d'attente prévu ne dépassera pas le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective de vos besoins cliniques³³. Par ailleurs, la fixation des délais d'attente doit être conçue d'une manière souple et dynamique, afin qu'un délai initialement notifié puisse être reconsidéré en fonction d'une dégradation de votre état de santé qui surviendrait postérieurement.

³¹ CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, cf. note 12. Dans le premier cas, une ressortissante néerlandaise souffrant de la maladie de Parkinson, s'était soumise à un traitement multidisciplinaire dans un hôpital à Kassel (Allemagne). Dans le deuxième cas, un homme de 36 ans, victime d'un accident de la route, était tombé dans le coma. Après un séjour dans un hôpital néerlandais, il avait été transporté à la clinique universitaire d'Innsbruck (Autriche) pour être soumis à une thérapie spéciale intensive de neurostimulation, cette technique n'étant utilisée qu'à titre expérimental aux Pays-Bas et n'étant pratiquée que sur des patients âgés de moins de 25 ans. A la suite de ce traitement, le patient était sorti du coma et rentré aux Pays-Bas pour sa rééducation. Dans les deux cas, les caisses de maladie néerlandaises refusèrent le remboursement des frais d'hospitalisation. Leur argument: les traitements appliqués ne sont pas considérés comme usuels en médecine traditionnelle. En plus, un traitement adéquat serait proposé aux Pays-Bas. La nécessité médicale de soins dans un hôpital étranger ne serait donc pas justifiée. Dans le premier cas, l'expert en neurologie désigné par les tribunaux néerlandais arriva à la conclusion qu'aucune indication strictement médicale ne justifiait l'hospitalisation en Allemagne. Dans le deuxième cas, il arriva à la conclusion qu'en raison de l'âge du patient, aucun traitement adéquat et approprié n'était disponible aux Pays-Bas.

³² CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan, cf. note 13

³³ CJCE, 16 mai 2006, Yvonne Watts contre Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health, C-372/04, I-4325



L'autorisation ne peut vous être refusée au motif que le traitement dans un autre Etat est plus cher qu'au Luxembourg. Une telle argumentation est insuffisante, tant que les délais d'attente au Luxembourg dépassent le délai acceptable d'un point de vue médical.

Au cas où la Caisse nationale de santé motive son refus par le fait que le traitement envisagé n'est pas considéré comme usuel dans les milieux professionnels concernés, vous avez la possibilité d'avancer les arguments suivants en vous référant au droit de l'Union européenne³⁴. La prise en considération des seuls traitements habituellement pratiqués sur le territoire national et des seules conceptions scientifiques du milieu médical national en vue de déterminer ce qui est ou n'est pas usuel n'offre pas la garantie d'objectivité et d'impartialité. L'autorisation ne peut donc être refusée s'il s'avère que le traitement est suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale.

Si le refus du contrôle médical vous semble reposer sur des raisons incompréhensibles, ou s'il ne respecte pas les règles précitées, vous pouvez vous adresser de nouveau à la Caisse nationale de santé respectivement au contrôle médical et leur exposer vos arguments.

Si votre demande de prise en charge des frais est refusée, vous pouvez faire valoir vos droits en justice³⁵. La juridiction pourra désigner un expert indépendant, ce qui garantit objectivité et impartialité, si elle juge cela nécessaire dans le cadre du contrôle qu'elle se doit d'effectuer³⁶.

Dans le cas où vous vous faites soigner avant même d'avoir reçu une réponse définitive à votre demande de prise en charge des frais, vous n'en perdez pas pour autant vos droits. Si par exemple vous avez essuyé un refus et que le caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi, vous êtes en droit d'obtenir le remboursement d'un montant équivalent à celui qui aurait été supporté si l'autorisation avait été dûment délivrée dès l'origine³⁷.

Si vous n'avez pas attendu la clôture de la procédure judiciaire initiée à l'encontre d'une décision de refus de prise en charge des frais, le remboursement ne peut vous être refusé pour cette seule raison³⁸.

³⁴ CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, cf. note 12

³⁵ Voir à ce sujet la partie 3 de la présente contribution.

³⁶ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan, cf. note 13

³⁷ CJCE, 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel entre autres, contre l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), C-368/98, I-4325

³⁸ CJCE, 18 mars 2004, Leichte, C-8/02, I-2641



B. Le remboursement des frais

1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers

Il convient de noter que pour les soins ambulatoires non hospitaliers, l'obtention d'une autorisation préalable n'est pas obligatoire.

(a) Quand est déposée la demande de remboursement ?

Si vous n'avez pas demandé ou bien n'avez pas obtenu une autorisation préalable de la caisse de maladie pour les soins non hospitaliers reçus à l'étranger, vous pouvez déposer la demande de prise en charge à votre retour au Luxembourg. A cet effet, il suffit d'envoyer les factures acquittées du médecin à votre caisse de maladie, au plus tard deux ans après le paiement des factures³⁹.

Si vous avez demandé et obtenu une autorisation préalable de la caisse de maladie, les frais afférents sont pris en charge par l'institution étrangère et mis en compte directement par celle-ci à la caisse de maladie luxembourgeoise. Il n'y a donc pas lieu de déposer les factures auprès de la caisse luxembourgeoise.

(b) Selon quelles règles se calcule le taux de remboursement ?

A défaut d'E 112 optionnel pour les soins non hospitaliers à l'étranger, les conditions de la réglementation luxembourgeoise sont appliquées pour le calcul de la prise en charge des frais. Parmi

³⁹ Article 84 du Code de la sécurité sociale



celles-ci figurent par exemple des délais, l'exigence de devis et d'ordonnances médicales. Ces conditions sont aussi applicables pour les prestataires étrangers. La question est de savoir si l'application des règles luxembourgeoises aux prestataires étrangers – telle que requise par la caisse de maladie – se trouve en conformité avec la libre prestation des services dans l'UE⁴⁰. Il n'existe encore aucune jurisprudence à ce sujet. Si, dans l'Etat où les soins ont été prodigués, un montant supérieur était pris en charge, cette différence ne pourrait être remboursée. Si le montant prévu est supérieur à celui du pays où vous avez été soigné, le montant supérieur vous sera remboursé.

Si une autorisation préalable vous a été accordée, la procédure d'autorisation vous garantit le droit à la prise en charge selon les tarifs de l'Etat membre où sont délivrés les services et produits médicaux. Vous pouvez, le cas échéant, bénéficier de l'application du tiers payant, ce qui vous dispense de faire l'avance de la totalité des frais⁴¹.

2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire

(a) Quand la demande de remboursement est-elle déposée ?

L'autorisation E 112 délivrée avant le traitement ne vous dispense pas de présenter les factures acquittées à la caisse de maladie après le traitement. Le délai de deux ans, calculé à compter du paiement de la facture, s'applique également dans ce cas. Cela concerne toutes les factures n'ayant pas été réglées par voie de prise en charge directe par l'organisme du pays où vous avez séjourné.

⁴⁰ L'Ombudsman Marc Fischbach donne deux exemples à ce sujet dans son rapport d'activité 2006/2007 mentionné plus haut (cf. note 5). Dans le premier cas, la caisse de maladie avait invoqué le défaut d'ordonnance médicale indiquant le code de la pathologie en cause ainsi que l'exécution du traitement par un médecin ne disposant pas d'un agrément ministériel au Luxembourg. Dans le deuxième cas, les analyses médicales effectuées en Allemagne (selon les prescriptions allemandes) ne figuraient pas sur la liste des analyses pouvant être effectuées par les médecins luxembourgeois (fixée par un règlement grand-ducal).

⁴¹ Voir www.mss.public.lu/maladie_maternite/soins_sante/traitement_etranger/index.html

(b) Selon quelles règles se calcule le taux de remboursement ?

En présence d'une autorisation par la procédure E 112, la prise en charge des frais s'effectue selon les conditions du pays où les soins vous ont été prodigués (pays de séjour)⁴².

Si votre caisse de maladie prévoit un remboursement à un montant plus élevé, elle doit vous faire bénéficier de la différence. Dans ce cas, l'assuré doit se voir accorder la prise en charge à un montant

⁴² Article 26 des statuts de la Caisse nationale de santé: «Art. 26. Les consultations et les traitements dûment autorisés par le contrôle médical au moyen d'un formulaire E 112 ou analogue, sont pris en charge intégralement aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. Pour les traitements en milieu hospitalier stationnaire, cette prise en charge est également étendue aux participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant prévu à l'article 142, alinéa 2, ce dans la mesure où la participation ou la franchise sont supérieures au montant prévu ci-dessus.

Si en vertu de la législation étrangère applicable, l'ampleur des prestations dues aux assurés sociaux de l'étranger varie en fonction de critères sociaux, économiques ou géographiques, ou si leur obtention est soumise à des règles d'exception, la personne protégée bénéficiant d'un transfert autorisé a droit à la prise en charge la plus favorable prévue par cette législation. Le cas échéant, les prestations afférentes peuvent être prises en charge par la Caisse Nationale de Santé par la voie du tiers payant.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi- ou multilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est effectuée sur base des tarifs applicables au Luxembourg, ou à défaut, sur base des tarifs fixés par le contrôle médical par analogie aux tarifs luxembourgeois. La prise en charge du traitement en milieu hospitalier est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation déterminé pour la période concernée.

Le montant maximal de la prise en charge du traitement hospitalier est majoré de cent pour cent au cas où le traitement n'est pas possible dans un Etat qui est lié au Luxembourg par un instrument bi- ou multilatéral comprenant l'assurance maladie.

Lorsque le traitement par hémodialyse ne peut être effectué dans un centre dont les prestations sont prises en charge en application du règlement (CEE) 1408/71, le traitement est pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal de quarante-cinq euros (45,00 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par séance, tous services et fournitures inclus. Les frais de transport ou de voyage pour l'aller et le retour du lieu de séjour jusqu'au centre de traitement sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cinq euros (5,00 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par séance de traitement.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral en matière d'assurance maladie, mais où le traitement ne peut être effectué par un prestataire relevant du régime d'assurance maladie légale de ce pays, les alinéas 3 et 4 sont applicables par analogie.»

identique que celui qui lui revient s'il avait été traité dans un hôpital au Luxembourg⁴³.

Vanbraekel

Dans ce litige, une ressortissante belge avait sollicité en février 1990 auprès de sa caisse de maladie l'autorisation de subir en France une intervention chirurgicale orthopédique. La caisse de maladie avait refusé au motif que sa demande était insuffisamment motivée. La requérante n'avait pas produit l'avis d'un médecin exerçant dans une structure universitaire nationale. Nonobstant cette absence d'autorisation, la patiente se soumit à ladite intervention en avril 1990. De retour en Belgique, elle intenta une action en justice auprès du tribunal compétent en vue d'obtenir le remboursement du coût des soins par la caisse de maladie, aux taux pratiqués en Belgique. Après le rejet de son recours, la patiente fit appel devant la Cour de travail à Mons. En décembre 1994, l'expert judiciaire arriva à la conclusion que le rétablissement de la santé de la patiente nécessitait l'hospitalisation en France ainsi que l'intervention chirurgicale. Après que la plaignante soit décédée durant le procès et que ses héritiers – son conjoint et leurs six enfants – aient repris l'instance, la cour d'appel belge condamna la caisse de maladie à prendre en charge les frais d'hospitalisation. Seule la question de la hauteur de cette prise en charge restait à régler. En cas de prise en considération des coefficients de remboursement prévus par la législation française, le remboursement des frais s'élèverait à 38 608,89 francs français, en cas d'application des coefficients belges à 49 935,44 francs français.

La Cour de justice des Communautés européennes, dans son arrêt du 12 juillet 2001, a jugé que, si le remboursement de frais exposés pour des services hospitaliers fournis dans un Etat membre de séjour, qui résulte de l'application des règles en vigueur dans cet Etat, est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application de la législation en vigueur dans l'Etat membre d'affiliation en cas d'hospitalisation dans ce dernier, un remboursement complémentaire correspondant à cette différence doit être accordé à l'assuré par l'institution compétente.

⁴³ CJCE, 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel, cf. note 37

Cette solution est logique, puisqu'un tel remboursement complémentaire ne représente aucune charge financière supplémentaire pour le système luxembourgeois d'assurance maladie, comparé à un remboursement à effectuer dans le cas de soins hospitaliers au Grand-Duché. De l'avis de la CJUE, ce remboursement complémentaire ne présente pas non plus de risque pour le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale au Luxembourg⁴⁴. Même des contraintes budgétaires ne peuvent être avancées comme prétexte par la caisse de maladie pour se soustraire à son obligation de rembourser le montant de la différence⁴⁵.

Si le remboursement vous a été confirmé, le taux légal le plus élevé est appliqué, c.-à-d. soit le taux fixé par les règles luxembourgeoises, soit celui du pays de séjour.

Exemple

Les frais de votre hospitalisation à l'étranger s'élèvent à 5 000 euros.

Premier cas: le pays de séjour prévoit un remboursement de 3 800 euros. Le Luxembourg ne rembourserait, pour des soins médicaux équivalents dispensés au Grand-Duché, que 3 000 euros.

Grâce à l'attestation de prise en charge vous ayant été délivrée, vous jouissez des mêmes conditions que pour un assuré dans le pays de votre séjour. Donc 3 800 euros vous seront remboursés. Les 1 200 euros restants sont à votre charge.

Deuxième cas: le pays de séjour prévoit un remboursement de 3 800 euros. Le Luxembourg rembourserait, pour des soins médicaux équivalents dispensés au Grand-Duché, 4 000 euros.

Dans ce cas, la prise en charge des frais se fait tout d'abord conformément à la réglementation du pays de séjour, donc à hauteur de 3 800 euros.

En guise de supplément, la caisse de maladie luxembourgeoise vous rembourse la différence, c.-à-d. $4\,000 - 3\,800 = 200$ euros.

Ainsi, au total, 4 000 euros sont remboursés, si bien que le patient n'a plus que 1 000 euros à sa charge.

(c) Difficulté de comparaison entre les différents systèmes de caisses de maladie

En vue de calculer le montant du complément différentiel devant être remboursé par la caisse de maladie luxembourgeoise, il est

⁴⁴ CJCE, 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel, cf. note 37

⁴⁵ CJCE, 16 mai 2006, Yvonne Watts, cf. note 33



nécessaire de déterminer les frais d'un traitement équivalent au Luxembourg.

Les caisses de maladie invoquent très souvent des difficultés administratives qui, malgré le souhait de déterminer le coût d'un traitement équivalent, rendraient impossible une telle tarification. La codification des prestations facturées à l'étranger ne serait pas comparable à la nomenclature luxembourgeoise. A cela s'ajouterait le fait que le Luxembourg ne possède pas de système équivalent pour la tarification des prestations en milieu hospitalier. De plus, un alignement de la législation luxembourgeoise dans le sens de la création de tarifs spéciaux pour les soins à l'étranger resterait à entreprendre, en attendant que les questions fondamentales sur ce point soient éclaircies par la jurisprudence⁴⁶.

Le Conseil supérieur des assurances sociales est néanmoins d'avis qu'une détermination du coût de l'hospitalisation selon la législation luxembourgeoise est parfaitement possible. La juridiction estime que les organismes sociaux ne sauraient se retrancher derrière leur interprétation de la législation pour s'opposer à tout remboursement, ce d'autant plus qu'un calcul des frais hospitaliers devrait pouvoir se faire pour un séjour en l'hôpital en chambre de deuxième classe et que les honoraires médicaux sont calculables d'après des barèmes existants⁴⁷.

Dans un arrêt de 2006⁴⁸, le Conseil supérieur des assurances sociales a chargé un expert de calculer, pour un litige précis, le montant du complément différentiel susceptible de revenir à l'assuré.

(d) Quels frais sont pris en charge ?

Outre les dépenses relatives aux soins médicaux, des frais sont souvent occasionnés pour le voyage, le séjour, l'hébergement et la

⁴⁶ Voir note 28. La CJCE a également reconnu que rien n'empêche l'Etat de fixer le montant des remboursements auxquels les patients ayant été soignés dans un autre Etat membre ont droit, tant que ces montants se basent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents (arrêt du 13 mai 2003, V.G. Müller-Fauré e.a., C-385/99, I-4509).

⁴⁷ Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 26 mars 2003, B. c. CMEP, Reg. CMEP 2002/0145, n° 2003/0050

⁴⁸ Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 7 juillet 2006, Z. c. CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2006/0061. Dans son arrêt rendu après le dépôt du rapport d'expertise, malgré le fait que l'expert avait estimé opportun un remboursement complémentaire supérieur à 2.000 euros, le Conseil supérieur a rejeté la demande faite par l'expert d'avoir été formel dans ses conclusions (voir arrêt du 21 décembre 2009, Z. contre CNS, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2009/0170). L'arrêt du 21 décembre 2009 fait l'objet d'un recours en cassation, intenté le 12 mars 2010 et actuellement pendant devant la Cour de cassation.



restauration, pour un proche vous accompagnant, pour la télévision dans votre chambre, etc.

L'obligation de prise en charge concerne uniquement des frais entraînés par des soins médicaux dans le pays de séjour, c.-à-d. en cas d'hospitalisation, les frais des soins médicaux mêmes, ainsi que les dépenses y étant indissociablement liées pour le séjour et la restauration dans l'établissement prodiguant les soins.

Cependant, si les règles luxembourgeoises prévoient la prise en charge d'autres frais (p. ex. pour le transport du patient entre son domicile et le lieu du traitement ou pour le transport et/ou le séjour de la personne accompagnante) et si votre demande de prise en charge a été acceptée, le remboursement de ces frais ne peut être refusé sous prétexte que le traitement a eu lieu à l'étranger. Bien plus, il faut procéder comme si les soins médicaux avaient été prodigués au Luxembourg⁴⁹.

⁴⁹ Article 28 des statuts de la Caisse nationale de santé: «Séjour et accompagnement à l'étranger. Art. 28. Les frais de séjour d'une personne protégée qui est obligée à suivre à l'étranger un traitement ambulatoire dûment autorisés sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

Sur demande expresse et autorisation du contrôle médical, les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger qui doit y subir un traitement ou une consultation autorisés conformément à l'article précédent, sont à charge de l'assurance maladie dans les conditions de l'alinéa précédent et dans la mesure où la présence de cette personne est certifiée indispensable par le médecin traitant étranger. Une autorisation spéciale n'est pas requise lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge.»



Il est possible, en Allemagne par exemple, d'avoir recours à des prestations complémentaires («Wahlleistungen») en concluant une convention spécifique. Grâce à celle-ci, vous vous assurez en plus l'attention personnelle, les qualifications et l'expérience spécialisées des médecins de l'hôpital autorisés à présenter une note d'honoraires (de façon générale les médecins en chef et les praticiens chefs de service particulièrement expérimentés ou spécialisés). Une telle convention spécifique peut entraîner une charge financière considérable. La question de savoir si un montant différentiel doit être remboursé par la caisse de maladie dans le cas où parmi les prestations facturées en vertu de cette convention, se trouvaient aussi des prestations remboursables au Luxembourg si le traitement avait eu lieu au Luxembourg⁵⁰, n'est actuellement pas encore définitivement tranchée⁵¹.

(e) L'influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie

Dans sa jurisprudence récente, le Conseil supérieur des assurances sociales a reconnu l'influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie sur les montants devant être remboursés par la caisse de maladie.

A l'exemple de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), un assuré obligatoire s'est vu dénier le droit de se faire rembourser par la

⁵⁰ Voir à ce sujet les points précédents (c) et (d).

⁵¹ Voir Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 24 juin 2009, CM-FEC c. H., Reg. CMFEC 2007/0209, No 2009/0073, réformant le jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 23 octobre 2007. Dans cette affaire, le Conseil supérieur des assurances sociales estime que les prestations qualifiées selon la législation allemande de «Wahlleistungen» sont à assimiler à des prestations de convenance personnelle, qui ne sont pas remboursées par la caisse de maladie de l'affiliée. Les suppléments facturés à la patiente n'étant remboursables ni en Allemagne ni au Luxembourg, celle-ci ne saurait prétendre, selon le Conseil supérieur, à un remboursement complémentaire. L'arrêt précité du 24 juin 2009 se trouve en contradiction avec l'arrêt du même Conseil supérieur du 7 juillet 2006, précité (voir note 48) dans lequel le Conseil motive sa décision de recourir à un expert par le fait que la caisse de maladie est «malvenue d'affirmer que le contrat «Wahlleistungsvereinbarung» conclu par la requérante ne lui serait opposable pour en conclure que [Z.] n'aurait pas droit à un remboursement complémentaire pour les frais lui facturés sur base de ce contrat. En effet à supposer que parmi ces frais figurent des prestations qui auraient été prises en charge par la sécurité sociale luxembourgeoise si le traitement avait eu lieu au Grand-Duché de Luxembourg, le fait de refuser un remboursement de ces prestations sur base des tarifs luxembourgeois reviendrait à décourager les assurés luxembourgeois de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis en Allemagne et constituerait dès lors tant pour ces assurés que pour les prestataires un obstacle à la libre prestation de services».

caisse de maladie, en raison du fait qu'il avait déjà été dédommagé par la CMCM⁵².

Dans un autre arrêt récent de 2008, ce même remboursement a été refusé car la CMCM avait informé dans un courrier que l'assuré avait droit au paiement d'un certain montant, tout en précisant que la facture de la caisse de maladie devait être présentée, pour le cas où cela concernerait des factures prises en charge par l'assurance maladie obligatoire⁵³. Cet arrêt fut entretemps annulé par la Cour de cassation et l'affaire est renvoyée au Conseil supérieur des assurances sociales⁵⁴.

Dans le cadre de certains litiges, les représentants des caisses de maladie ont fait remarquer aux juridictions sociales qu'avant même de calculer le montant de remboursement de la caisse de maladie, l'assuré doit déclarer s'il a contracté une assurance maladie privée et s'il a, dans le cas concret, reçu une participation financière de la part de la CMCM. A ce sujet, la caisse de maladie entre également en contact avec la CMCM.

Ici, il y va aussi bien de l'intérêt de la CMCM que de l'assuré d'attendre tout d'abord le calcul du montant devant être remboursé par la caisse de maladie obligatoire (dont le système prévoit une assurance obligatoire avec des cotisations fixées par la loi). Les statuts de la CMCM prévoient que la participation de la CMCM aux frais de soins médicaux à l'étranger ne dépasse pas le montant restant à la charge de l'assuré après remboursement par la caisse de maladie obligatoire⁵⁵.

La caisse de maladie obligatoire ne devrait donc pas pouvoir se soustraire à son obligation légale de rembourser en invoquant l'existence d'un contrat d'assurance de droit privé de l'assuré avec une compagnie d'assurance maladie privée. Le chemin inverse que le Conseil supérieur des assurances sociales semble vouloir prendre, est susceptible de se heurter au système d'assurance maladie général, obligatoire et légal tel que celui existant au Luxembourg.

⁵² Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 18 octobre 2006, D. c. CMEP, Reg. CMEP 2006/0064, n° 2006/0181. Les frais avaient été occasionnés dans ce cas par des soins urgents, donc imprévus, en Espagne.

⁵³ Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 9 janvier 2008, Z. c. CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2008/0007

⁵⁴ Cour de cassation du Luxembourg, arrêt du 12 février 2009, Z. c. CMEP, Reg. 2594, n° 10/09. Le motif de cette annulation résidait dans le fait que le Conseil supérieur des assurances sociales avait contesté l'intérêt à agir justifié de la patiente au vu du courrier de la CMCM de 2007, alors qu'il y a lieu, comme le rappelle très justement la Cour de cassation, d'apprécier l'existence de l'intérêt à agir à la date de dépôt du recours (2003, en l'espèce).

⁵⁵ Article 12 des statuts de la CMCM



(2) Soins de santé imprévus dans un pays de l'UE ou de l'AELE

Si vous devez vous faire soigner de façon imprévue dans un pays de l'Union européenne ou de l'AELE⁵⁶, les soins médicaux peuvent être couverts par la carte européenne d'assurance maladie.

A. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie

Toute personne assurée au Luxembourg a droit à une carte européenne d'assurance maladie. Chaque membre de la famille de l'assuré en régime maladie se voit délivrer une carte individuelle.

Depuis le 1er janvier 2006, la carte est reconnue globalement. La carte est conçue sur un modèle commun avec un symbole européen, afin de garantir qu'elle soit reconnaissable immédiatement par les médecins ou centres médicaux. La carte contient toute une série d'informations obligatoires sous forme standardisée, afin que la carte soit lisible, indépendamment de la langue maternelle de l'utilisateur. Le modèle commun de la carte européenne d'assurance maladie ne couvre qu'une face de la carte; l'autre face reste à la libre disposition des Etats membres. Elle ne contient aucune information concernant l'état de santé de son titulaire (par ex. groupe sanguin, antécédents médicaux etc.).

Les anciens formulaires E 111 ont été remplacés par la carte européenne d'assurance maladie et ne sont plus valables depuis le 31 décembre 2005.

La caisse de maladie est obligée de vous délivrer une carte européenne d'assurance maladie à première demande. Au cas où la carte ne serait pas disponible immédiatement, une attestation de remplacement devra vous être délivrée, afin que vous puissiez séjourner en toute tranquillité à l'étranger. Si par hasard vous avez oublié ou perdu votre carte européenne d'assurance maladie lors d'un séjour à l'étranger, vous avez la possibilité de vous faire envoyer rapidement, par fax ou par e-mail, une attestation de remplacement provisoire par votre caisse de maladie. Cette procédure est particulièrement conseillée si vous devez vous faire hospitaliser.

⁵⁶ Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, et Chypre, Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse

Si votre demande de carte européenne d'assurance maladie est refusée, vous pouvez faire valoir vos droits par voie judiciaire⁵⁷.

B. Quels sont les avantages de la carte européenne d'assurance maladie ?

La présentation de la carte européenne d'assurance maladie vous garantit la prise en charge ou le remboursement des frais pour prestations de maladie en nature fournies sur place.

La carte européenne d'assurance maladie ne concerne que les prestations de maladie en nature⁵⁸ «s'avérant être médicalement nécessaires, tenant compte de la nature des prestations et de la durée prévisible du séjour». En d'autres termes, vous avez droit à tous les traitements et prestations rendus nécessaires par votre état de santé, afin que vous puissiez poursuivre votre séjour dans des conditions médicalement sûres. Vous ne devez pas être forcé d'interrompre votre séjour avant la date prévue pour vous faire soigner dans votre pays de résidence.

Vous ne pouvez jouir des avantages de la carte européenne d'assurance maladie que si vous vous adressez à des prestataires de santé agréés par le système d'assurance maladie obligatoire du pays où vous séjournez. Si vous consultez un médecin privé ou un établissement privé, vous ne pourrez faire valoir les avantages de la carte européenne d'assurance maladie.

Dans le cas où vous souffrez d'une maladie chronique nécessitant des examens médicaux réguliers et des hospitalisations de courte durée à l'étranger, votre carte européenne d'assurance maladie suffira tant que votre maladie ne nécessite pas un traitement disponible uniquement dans des centres médicaux spécialisés disposant d'un matériel adéquat et d'un personnel spécialisé. Si vous avez, auparavant, consulté votre médecin traitant et emporté votre

⁵⁷ Voir à ce sujet la partie 3 de la présente contribution.

⁵⁸ Pour les soins médicaux, le droit de l'Union européenne utilise le terme de «prestations en nature». Concrètement, celles-ci englobent les soins médicaux et dentaires, les médicaments et les soins en hôpital, ainsi que des paiements directs, destinés à rembourser les frais de telles prestations. Le caractère essentiel des prestations en nature est qu'elles permettent de couvrir les soins médicaux prodigués à l'assuré, soit sous forme de prise en charge, soit sous forme de remboursement des frais survenus en raison de l'état de santé du patient. A cela s'opposent les «prestations en espèces», qui servent principalement à compenser la perte de salaire pour cause d'incapacité de travail par le paiement périodique de prestations remplaçant un salaire ou garantissant un soutien financier. Ces dernières doivent permettre au malade de maintenir son niveau de vie habituel ainsi que celui des membres de sa famille.



dossier médical et les médicaments indispensables, vous avez droit à des prestations médicales sur place et pouvez, le cas échéant, faire effectuer vos examens de contrôle (en cas d'asthme ou de diabète par ex.). Pendant votre séjour à l'étranger dans un autre Etat membre, vous avez droit aux soins médicaux nécessités par votre état de santé. Par contre, la carte ne suffira pas si votre maladie nécessite une surveillance particulière et notamment l'utilisation de techniques ou d'appareils particuliers (pour des dialyses par ex.). Dans votre propre intérêt, vous devriez préparer un tel séjour à l'avance et solliciter au préalable l'autorisation E 112, afin d'être sûr d'avoir accès aux équipements nécessaires pendant votre séjour.

C. Comment les frais sont-ils remboursés ?

Les prestations de maladie en nature sont fournies conformément aux règles de l'Etat membre où vous séjournez et sont remboursées selon les taux en vigueur dans ce pays. Si par exemple les prestations en nature sont fournies gratuitement dans le pays de séjour, vous avez également droit à être soigné gratuitement sur présentation de votre carte.

La Commission européenne estime que dans le cas de soins médicaux urgents lors d'un séjour à l'étranger, les frais de l'assuré devraient être pris en charge à même hauteur que si les frais avaient été occasionnés lors d'une hospitalisation au Luxembourg, et que la caisse de maladie doit rembourser un complément différentiel si un remboursement à un taux plus élevé est prévu au Luxembourg⁵⁹. Afin d'obtenir la clarté juridique à ce sujet, elle a saisi fin février 2008 la CJUE d'un litige contre l'Espagne dans le cadre d'un procès de principe toujours pendant à l'heure actuelle⁶⁰.

Si vous n'êtes pas en mesure de prouver, par la présentation de votre carte européenne d'assurance maladie, que vous êtes assuré,

⁵⁹ Voir point 1.B.2.b) de la présente contribution, se référant au jugement Vanbraekel C-368/98 du 12 juillet 2001.

⁶⁰ Affaire C-211/08, Commission européenne c. Royaume d'Espagne. Voy. communiqué de presse IP/08/328 de la Commission européenne du 28 février 2008. Dans ses conclusions du 25 février 2010, l'Avocat général Paolo Mengozzi de la Cour de justice de l'Union européenne a suggéré de constater que, en refusant aux bénéficiaires du système national de santé espagnol le remboursement des frais médicaux qu'ils ont exposés dans un autre Etat membre en cas de traitement hospitalier survenu au cours d'un séjour sur le territoire de cet Etat, dans la mesure où le niveau de couverture applicable dans l'Etat membre où ce traitement est dispensé est inférieur à celui prévu par la législation de l'Etat d'affiliation, l'Etat membre en question a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des dispositions du traité communautaire sur la libre prestation de services.

il peut arriver que le médecin ou l'hôpital exige que vous payiez la totalité des frais ou un certain montant comme avance des frais, ce qui n'aurait pas été exigé d'un assuré de cet Etat membre. Pour des questions d'éthique professionnelle, un médecin ne peut cependant refuser de prodiguer des soins si votre état de santé les rend obligatoires.

Si la carte européenne d'assurance-maladie n'a pas été utilisée dans l'Etat membre de séjour, l'Etat membre d'affiliation demande à l'institution de l'Etat membre de séjour une tarification suivant sa législation et rembourse ces frais à la personne protégée.

(3) Comment faire valoir vos droits ?

En cas de problèmes avec la caisse de maladie, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman national⁶¹. Cette possibilité ne remplacera cependant pas une action en justice devant les juridictions de sécurité sociale et n'interrompt pas les délais qui vous sont imposés pour porter l'affaire devant la juridiction.

Si l'assuré veut porter l'affaire devant le juge, les règles suivantes sont à respecter:

A. Exiger une décision du Comité-directeur pouvant être frappée d'appel

Si le refus de la caisse de maladie a été rendu par simple décision du président ou même sans signature de l'administration, vous avez la possibilité d'exiger du comité-directeur de la caisse de maladie de vous fournir une décision susceptible de recours. Cette demande peut être déposée par simple lettre recommandée adressée à la caisse de maladie.

B. Former opposition auprès du Conseil arbitral

Tout recours par voie contentieuse contre la décision du comité-directeur de la caisse de maladie est de la compétence du Conseil arbitral des assurances sociales à Luxembourg. Des instructions correspondantes sur l'exercice des voies de recours doivent aussi être mentionnées sur la décision de refus.

⁶¹ Marc Fischbach, 36, rue du Marché-aux-Herbes, L-1728 Luxembourg, Tél.: (+352) 26 27 01 01, Fax: (+352) 26 27 01 02, E-mail: ombudsman@ombudsman.lu, www.ombudsman.lu.



Le recours contre une décision du comité-directeur doit être formé dans le délai de 40 jours à compter de la notification de la décision attaquée. La procédure est gratuite. Le recours sera déposé par simple requête sur papier libre au siège du Conseil arbitral⁶².

La requête devant le Conseil arbitral est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Elle indique les noms, prénoms, numéros d'identité, profession et domicile du demandeur, ainsi que la qualité en laquelle il agit, et énonce l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. La requête doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale. Il en est de même des autres pièces produites en cours de la procédure. Si la requête est présentée par un mandataire, ce dernier, s'il n'est pas avocat, doit justifier d'une procuration spéciale. Cette dernière doit être présentée au plus tard lors du débat oral et avant que celui-ci ne soit entamé.

La représentation par un avocat n'est pas obligatoire devant le Conseil arbitral⁶³.

La juridiction arbitrale statue en dernière instance jusqu'à une valeur du litige de 1 250 euros⁶⁴.

Au cas où un jugement est rendu en votre absence (par défaut), vous avez la possibilité de former opposition devant le Conseil arbitral dans les 15 jours à compter de la signification du jugement; cela aura pour conséquence la tenue d'un nouveau procès devant le Conseil arbitral.

⁶² L'adresse est la suivante: Conseil arbitral des assurances sociales, 16, boulevard de la Foire, L-1528 Luxembourg.

⁶³ Si malgré tout vous tenez à vous faire représenter ou assister par un avocat, vous trouverez une liste des avocats inscrits au barreau de Luxembourg sur www.barreau.lu. Vous pouvez aussi, dans le cas où vos ressources financières sont insuffisantes pour assumer les frais de votre défense, demander une aide judiciaire auprès du Conseil de l'Ordre des Avocats de Luxembourg, qui vous permettra l'assistance par un avocat mis à disposition. Vous trouverez de plus amples informations sur http://ec.europa.eu/civiljustice/legal_aid/legal_aid_lux_fr.htm ou sur <http://www.barreau.lu>. L'adresse du Conseil de l'Ordre des Avocats est: Conseil de l'Ordre des Avocats, 1-7 rue St Ulric, BP 361, L-2013 Luxembourg, Tél. (+352) 46 72 72 1, Fax (+325) 22 56 46, E-mail info@barreau.lu, www.barreau.lu. Les bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 9 à 12 et de 14 à 17 heures.

⁶⁴ Article 455 du Code de la sécurité sociale, dans sa version après l'entrée en vigueur (à partir du 1^{er} janvier 2009) de la loi du 13 mai 2008 sur le statut unique (Mémorial A-60 du 15/05/2008, page 790). Le plafond applicable auparavant s'élevait à 750 euros.



C. Autres voies de recours, si nécessaire

Il est possible de faire appel du jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales si la valeur du litige est supérieure à 1 250 euros⁶⁵. Cet appel doit être interjeté devant le Conseil supérieur des assurances sociales dans les 40 jours à compter de la signification du jugement de première instance⁶⁶. L'acte d'appel sera déposé en autant d'exemplaires qu'il y a de parties concernées par le litige. Il doit contenir une courte énumération des moyens.

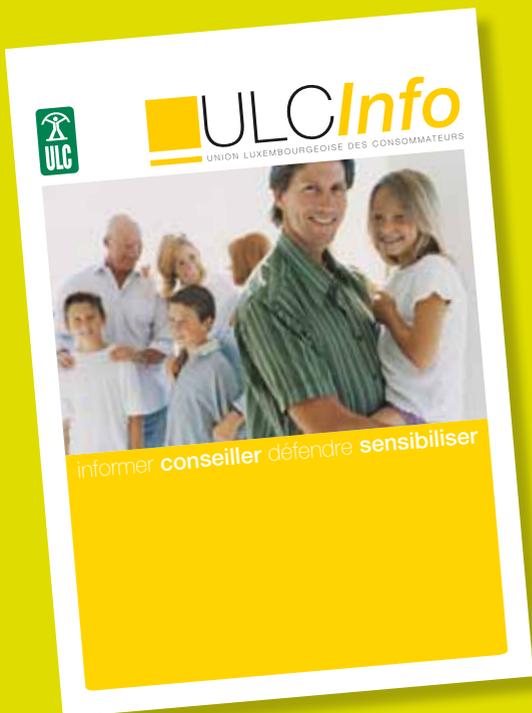
Même en cas d'arrêts du Conseil supérieur des assurances sociales rendus par défaut, une opposition devant cette même juridiction est possible. Le délai est le même qu'en cas d'opposition devant le Conseil arbitral.

Un recours en cassation devant la Cour de cassation peut être formé contre les arrêts du Conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que contre les jugements du Conseil arbitral ayant statué en dernière instance. Cependant, un recours en cassation ne peut être intenté que si les juridictions ont, dans l'instance précédente, contrevenu à la loi ou violé des formalités substantielles. Le pourvoi en cassation signifié à la partie adverse doit être déposé devant la Cour supérieure de justice dans les deux mois à compter de la signification de la décision attaquée.

⁶⁵ Voir à ce sujet: note 64

⁶⁶ Conseil supérieur des assurances sociales, 14 avenue de la Gare, L-1610 Luxembourg, Tél. (+352) 26 26 05 1, Fax (+352) 26 26 05 38

L'ULC au service des consommateurs !



Notre savoir faire pour vous aider:

- Assistance juridique
- Plus de quarante ans d'expérience dans le domaine de la protection des consommateurs
- Des experts en bâtiment, en impôts et des architectes à votre disposition
- Des avocats pour vous conseiller et vous défendre

Pour plus d'informations
Contactez-nous par
téléphone
49 60 22-1
ou visitez
www.ulc.lu

N'hésitez pas et devenez membre encore aujourd'hui en renvoyant ce formulaire à : **Union Luxembourgeoise des Consommateurs**
55, rue des Bruyères • L-1274 Howald
(Cotisation 2010: 47€)

Nom / Prénom

Adresse

C.P., Localité

N° de téléphone

E-mail

Date Signature





CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

SIÈGE DE LA CHAMBRE DES SALARIÉS (CSL)

18 rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg

T 48 86 16 1 | F 48 06 14

www.csl.lu | csl@csl.lu



LA CHAMBRE DES SALARIÉS EN UN COUP D'ŒIL



La CSL est associée à la procédure législative

- ▶ elle élabore des avis sur les projets de lois et de règlements grand-ducaux soumis par le Gouvernement.



La CSL représente les salariés et retraités ayant un statut de droit privé

- ▶ elle est présente dans divers organes consultatifs au niveau national et sur le plan européen
- ▶ elle désigne les représentants des salariés et retraités notamment au sein
 - ▶ des Caisses nationales de santé (CNS) et d'assurance pension (CNAP),
 - ▶ du Conseil arbitral des assurances sociales, du Conseil supérieur des assurances sociales et auprès des tribunaux du travail.



La CSL informe les salariés sur leurs droits

- ▶ elle édite des livres thématiques en matière de droit du travail et de la sécurité sociale, en relation avec le monde du travail ou d'intérêt général
- ▶ elle propose des publications qui traitent de sujets sociaux et économiques
- ▶ elle rédige des prises de position alimentant les débats socioéconomiques.



Avec ses trois centres de formation, la CSL participe à l'organisation de la formation initiale et à la formation professionnelle continue

- ▶ par le biais du Luxembourg Lifelong Learning Center (LLLC), la CSL est un des principaux offreurs de formation professionnelle continue pour adultes
- ▶ par le biais du Centre de Formation Syndicale (CFSL), la CSL est en mesure de proposer des formations destinées aux organisations syndicales et aux délégations du personnel
- ▶ par le biais du Centre de Formation et de Séminaires (CEFOS), la CSL propose une infrastructure multifonctionnelle pour l'organisation de séminaires et de colloques ouverte à toute association.



LUXEMBOURG LIFELONG
LEARNING CENTER (LLLC)

13 rue de Bragance
L-1255 Luxembourg

T 44 40 91 600
F 44 40 91 650

www.LLLC.lu
info@LLLC.lu



CENTRE DE FORMATION
ET DES SÉMINAIRES (CEFOS)

12 rue du Château
L-5516 Remich

T 26 66 13-1
F 23 69 93 52

www.cefos.lu
cefos@cefos.lu



CENTRE DE FORMATION
SYNDICALE (CFSL)

13 rue de Bragance
L-1255 Luxembourg

T 44 40 91 300
F 44 40 91 350

www.cfsl.lu
cfsl@cfsl.lu