

MALADIE ET MATERNITÉ-PATERNITÉ ASSIMILÉES

BÉNÉFICE DES PRESTATIONS DANS L'ÉTAT COMPÉTENT POUR LES TRAVAILLEURS SALARIÉS

TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI ET DE RÉSIDENCE

L'institution compétente d'un État membre dont la législation subordonne l'acquisition, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations à l'accomplissement de périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence, tient compte, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies sous la législation de tout autre État membre, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation qu'elle applique.

Article 6-Règlement CE n° 883/2004

ATTESTATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE

La personne assurée et/ou les membres de sa famille sont tenus de se faire inscrire auprès de l'institution du lieu de résidence. Leur droit aux prestations en nature dans l'État membre de résidence est attesté par un document délivré par l'institution compétente à la demande de la personne assurée ou de l'institution du lieu de résidence.

Ce document reste valable jusqu'à ce que l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence de son annulation.

L'institution du lieu de résidence avise l'institution compétente de toute inscription à laquelle elle a procédé et de tout changement ou annulation de ladite inscription.

SÉJOURS TEMPORAIRES DANS UN AUTRE ÉTAT QUE L'ÉTAT COMPÉTENT

Suite au conseil européen de Barcelone de 2002, il a été décidé de créer une Carte Européenne de Santé appelée à remplacer tous les formulaires nécessaires pour bénéficier des soins médicaux dans un autre État membre lors d'un séjour temporaire qu'il soit touristique ou professionnel.

À ce jour elle remplace les anciens formulaires :

- E 111 (séjour temporaire dans un autre état que le pays d'affiliation) ;
- et le E 128 (séjour professionnel temporaire dans un état membre autre que le pays d'affiliation).

Elle remplace également les formulaires E 110 (anciennement destinés au transport routier international) et E 119 (anciennement destinés aux demandeurs d'emploi).

S'il s'agit d'un séjour touristique l'assuré (ainsi que les membres de sa famille qui l'accompagnent) qui séjourne temporairement dans un État membre autre que l'État compétent et dont l'état de santé vient à nécessiter des soins, et qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, bénéficie des prestations en nature de son pays de séjour comme s'il y résidait, même s'il a déjà bénéficié de prestations pour le même cas de maladie ou de maternité avant son séjour.

La carte européenne d'assurance maladie est une carte individuelle et nominative. Chaque personne de la famille doit avoir sa propre carte, y compris les enfants de moins de 16 ans.

S'il s'agit d'un séjour professionnel l'assuré qui séjourne temporairement dans un État membre autre que l'Etat compétent pour y exercer une activité professionnelle (mission, formation professionnelle,...) et dont l'état de santé vient à nécessiter des soins, et qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations, bénéficie des prestations en nature de son pays de séjour comme s'il y résidait.

L'objectif de la carte européenne d'assurance maladie est de simplifier les procédures : remboursement plus rapide par le système de Sécurité sociale de l'État dont le patient est un national ; simplification de l'accès aux soins ; garantie pour les organismes qui financent le système de soins dans le pays de séjour, que le patient est bien assuré dans son pays d'origine et qu'ils seront donc remboursés par leurs homologues.

Cette carte permet également de ne plus faire de distinction ente les soins « immédiatement nécessaires » et les soins « nécessaires » car désormais toutes les catégories de patients ont accès aux soins nécessaires.

☞ la carte européenne d'assurance maladie est valable un an. Elle est gratuite.

- elle ne remplace pas la carte Vitale : elle ne peut être utilisée en France ; ce n'est pas non plus un moyen de paiement ;
- elle n'est pas délivrée de façon automatique ; pour l'obtenir, il convient d'en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie qui la délivre sous un délai de deux semaines environ. En cas de difficulté pour obtenir la carte européenne d'assurance maladie en temps utile, la caisse d'assurance maladie délivrera à la place un certificat provisoire de remplacement, d'une durée de validité de 3 mois et qui peut être utilisé dans les mêmes conditions que la carte européenne d'assurance maladie.

Les informations inscrites sur la carte européenne d'assurance maladie sont les suivantes :

- nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale du titulaire de la carte ;
- numéro et date d'expiration de la carte ;
- code du pays émetteur de la carte ;
- numéro d'identification de l'institution d'assurance maladie ;
- elle ne contient que les informations qui sont inscrites dessus et que vous pouvez lire ;
- elle ne contient aucune information d'ordre médical.

La carte européenne d'assurance maladie est utilisable dans l'ensemble des États membres de l'Union européenne : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse.

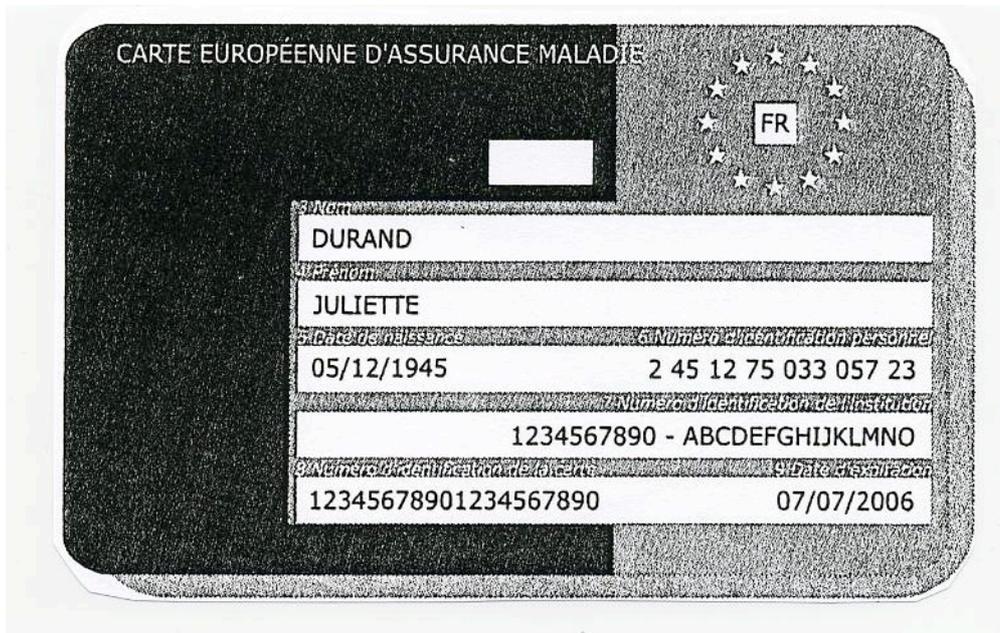
Pays	Durée de validité	Mode de délivrance	Délai de délivrance
Allemagne*	En fonction de la caisse d'assurance maladie émettrice de la carte	Internet, téléphone, courrier, visite	Maximum 3 semaines
Autriche*	- 10 ans pour les titulaires de pension - 5 ans ou 1 an suivant la durée d'assurance préalable	Automatique	Environ 5 jours
Belgique	Jusqu'au 31/12 de l'année d'après dans la limite de la durée d'assurance. Pour les pensionnés, 2 ans	Mail, Internet, téléphone, visite	Immédiat sur place. Sinon, entre 2 et 5 jours
Bulgarie*	- 1 an pour les actifs - 5 ans pour les enfants jusqu' à 18 ans - 10 ans pour les titulaires de pensions	Formulaire papier	3 semaines
Chypre	Au maximum 5 ans, en fonction des droits à l'assurance maladie à Chypre	Fax, courrier, visite	Immédiat
Danemark	Entre 3 mois et 5 ans en fonction de la résidence, du fait d'être frontalier ou détaché	Accueil ou site web des 98 municipalités	Environ 8 jours
Espagne	Souvent 2 ans, mais variable suivant l'institution émettrice	Internet, visite	A l'accueil, délivrance immédiate ou le lendemain Après demande sur Internet, délai d'envoi de 10 jours maximum

Estonie	- 3 ans pour les adultes à partir de 19 ans - 5 ans pour les enfants jusqu'à 19 ans	Internet, mail, courrier	Environ 7 jours
Finlande	2 ans	Internet, téléphone, courrier, fax, visite	Environ 7 jours
France	1 an	Internet, mail, téléphone, fax, courrier, visite	Entre 3 et 15 jours
Grèce	1 an Dans certains cas spécifiques, entre 4 à 6 mois	Mail, fax, courrier, visite	Immédiat sur place 10 jours maximum si demande par courrier
Hongrie	- 3 ans - 4 ans maximum pour les fonctionnaires détachés à l'étranger	Internet, courrier, visite	Immédiat sur place
Irlande	4 ans	Internet, courrier, visite	Environ 5 jours
Islande	2 ans	Internet, téléphone, fax, visite	Immédiate au guichet, sinon entre 3 et 5 jours
Italie*	6 ans pour les affiliés italiens, américains, de l'EEE et de la Suisse. Pour les ressortissants d'États tiers, validité liée à la durée du permis de résidence	Émission automatique de la CEAM lors de l'inscription au Service national de santé. Sinon, Internet, téléphone et visite dans les bureaux locaux de santé ou des impôts	Environ 14 jours
Lettonie	3 ans	Courrier, visite	Immédiat sur place 3 jours si demande par courrier
Liechtenstein*	Entre 1 et 3 ans	Internet, téléphone, courrier, visite	Entre 2 et 4 semaines
Lituanie	Entre 3 mois et 6 ans en fonction de la catégorie à laquelle appartient le titulaire	Internet, Fax, visite	Immédiat sur place Ou entre 7 et 14 jours
Luxembourg*	Suivant la durée d'assurance ininterrompue, entre 3 mois et 5 ans : - 3 mois pour une durée d'assurance inférieure à 12 mois - entre 6 et 60 mois pour une durée d'assurance comprise entre 12 et 120 mois : - 60 mois pour une durée d'assurance supérieure à 120 mois	Internet, téléphone, courrier, visite	Environ 13 jours

Malte	3 ans ou 1 an pour les travailleurs étrangers sous contrat temporaire ou durée du contrat si celui-ci a une durée inférieure à 1 an	Formulaire de demande à envoyer en ligne, par courrier ou visite	Entre 5 et 10 jours
Norvège	3 ans	Internet, téléphone, SMS	10 jours maximum
Pays-Bas*	Variable en fonction des institutions (de 1 à 5 ans)	Internet, téléphone, courrier, visite (si elle n'a pas été délivrée avec la carte nationale)	Entre 3 et 5 jours
Pologne	Variable Entre 30 jours et 5 ans en fonction du statut de la personne assurée	Mail, fax, courrier, visite	Immédiat sur place. Entre 2 et 3 jours pour les autres modes de demande.
Portugal	3 ans	Internet, mail, fax, visite	Environ 5 jours
République tchèque*	Entre 1 et 10 ans suivant la résidence et la durée du contrat de travail	Délivrée automatiquement car combinée avec la carte nationale d'assurance maladie	2-3 semaines
Roumanie	6 mois	Formulaire de demande ou formulaire E 107	Environ 7 jours
Royaume-Uni	5 ans Exception : Pour les travailleurs détachés, la durée de validité correspond à la date d'expiration du formulaire S1	Internet, téléphone, courrier	5 jours suite à une demande par Internet ou téléphone, 10 jours suite à une demande par courrier
Slovaquie	5 ans : Pour les étrangers, en fonction de la durée du contrat de travail	Internet, téléphone, courrier, fax, visite	Entre 14 et 30 jours
Slovénie	1 an	Internet, SMS, visite	4 jours
Suède	3 ans Moins pour travailleurs temporaires par exemple	Internet, SMS, téléphone, visite	Entre 5 et 10 jours
Suisse*	3 ans	Carte distribuée automatiquement	Environ 10 jours

^(*) dans ces États, la CEAM est combinée avec la carte nationale d'assurance maladie.

CARTE EUROPÉENNE DE SANTÉ



RÉSIDENCE DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE QUE L'ÉTAT COMPÉTENT

PRESTATIONS EN NATURE

L'assuré ou les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient dans l'État membre de résidence des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'ils étaient assurés en vertu de cette législation.

Article 17-Règlement CE n° 883/2004

Inscription à la caisse du lieu de résidence

Pour bénéficier des prestations en nature, le travailleur salarié ou non-salarié est tenu de se faire inscrire, ainsi que les membres de sa famille, auprès de l'institution du lieu de résidence, en présentant une attestation certifiant qu'il a droit à ces prestations en nature, pour lui-même et pour les membres de sa famille.

Cette attestation est délivrée par l'institution compétente, au vu des renseignements fournis par l'employeur, le cas échéant.

Si le travailleur salarié ou non-salarié, ou les membres de sa famille, ne présentent pas ladite attestation, l'institution du lieu de résidence s'adresse à l'institution compétente pour l'obtenir.

☞ L'institution du lieu de résidence avise la caisse d'affiliation de toute inscription à laquelle elle a procédé.

Article 24 - Règlement CE n° 987/2009

Durée de validité de l'attestation

Cette attestation reste valable aussi longtemps que l'institution du lieu de résidence n'a pas reçu notification de son annulation.

Article 24-2 - Règlement CE n° 987/2009

☞ Lorsque ladite attestation est délivrée par une institution allemande, française, italienne ou portugaise, elle est seulement valable pendant un délai d'un an suivant la date de sa délivrance et doit être renouvelée tous les ans.

Procédure et modalités de prise en charge et/ou de remboursement des prestations en nature

Demande de remboursement des prestations en nature

Lorsque la personne assurée a effectivement supporté les coûts de tout ou partie des prestations en nature servies et si la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour permet le remboursement de ces frais à une personne assurée, elle peut adresser une demande de remboursement à l'institution du lieu de séjour.

Dans ce cas, celle-ci lui rembourse directement le montant des frais correspondant à ces prestations dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation.

Dans une décision du 20 juin 2013, la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale a posé des règles de bonnes pratiques en matière de remboursement des prestations en nature, partant du principe qu'elles doivent être intégralement remboursées et ce de façon rapide afin d'éviter une accumulation de créances dont le règlement reste en suspens pendant de trop longues périodes et nuit ainsi à l'efficacité de la coordination européenne.

Il est donc prévu que l'institution présente sa demande de remboursement sur la base des dépenses réelles dans les 12 mois qui suivent leurs inscription sur les comptes de l'institution en vue d'un règlement dans les 18 mois. Ainsi, dans la mesure du possible, l'institution créditrice présente toutes les créances relatives à une année civile donnée en une même fois à l'institution débitrice. Au delà des délais prévus, les créances ne sont plus prises en considération. L'organisme de liaison de l'État membre débiteur accuse réception de l'introduction d'une créance dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la créance.

Si la créance est relative au remboursement de prestations servies sur la base d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM), d'un certificat de remplacement de la CEAM ou de tout autre document attestant le droit à des prestations, la demande peut être rejetée si elle est incomplète ou si elle porte sur des prestations qui n'ont pas été servies pendant la période de validité de la CEAM ou du document utilisé par le bénéficiaire des prestations pour accident du travail. Néanmoins, une créance ne saurait être rejeté au motif que l'assuré n'est plus couvert par l'institution ayant délivré la CEAM ou le document attestant ses droits, dès lors que les prestations ont été servies au bénéficiaire au cours de la période de validité de ce document.

Si l'institution débitrice exprime un doute quant à l'exactitude des faits sur lesquels une créance est fondée, il incombe à l'institution créditrice de réexaminer la régularité de la créance émise et, le cas échéant, de retirer ou de recalculer celle-ci. Le règlement peut se faire par le versement d'un acompte si les institutions de l'État membre compétent soit l'acceptent, soit y répondent favorablement ou tacitement dans un délai de 6 mois.

À compter de la fin de la période de dix-huit mois, l'institution créditrice peut percevoir des intérêts de retard sur les créances non payées, sauf si l'institution débitrice a versé, dans un délai de six mois à compter de la fin du mois au cours duquel la créance a été introduite, un acompte d'un montant au moins égal à 90 % du total de la créance.

Décision n° S9 du 20 juin 2013 JOUE C 279 du 27 septembre 2013

Remboursement des frais

Si le remboursement de ces frais n'a pas été demandé directement auprès de l'institution du lieu de séjour, les frais exposés sont remboursés à la personne concernée par l'institution compétente conformément aux tarifs de remboursement pratiqués par l'institution du lieu de séjour ou aux montants qui auraient fait l'objet de remboursements à l'institution du lieu de séjour si l'article 62 du règlement CE n° 987/2009 relatif au remboursement des prestations sur la base de dépenses réelles avait été appliqué dans le cas en question.

L'institution du lieu de séjour fournit à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs ou montants.

L'assuré ne peut pas en plus solliciter un remboursement complémentaire de la part de l'État d'affiliation en invoquant le niveau le plus élevé de prise en charge dans cet État.

CJUE 15 juin 2010, affaire 211/08

Dérogation

L'institution compétente peut procéder au remboursement des frais exposés dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, à condition que la personne assurée ait donné son accord pour se voir appliquer cette disposition.

Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas le remboursement dans le cas en question conformément aux dispositions pré-citées, l'institution compétente peut rembourser les frais dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, sans l'accord de la personne assurée.

Plafond de remboursement

Le montant remboursé à la personne assurée ne dépasse pas, en tout état de cause, celui des frais qu'elle a effectivement supportés.

Lorsqu'il s'agit de dépenses substantielles, l'institution compétente peut verser à la personne assurée une avance appropriée dès que celle-ci introduit auprès d'elle la demande de remboursement.

Spécificité de la prise en charge des soins à l'égard des salariés transfrontaliers

Néanmoins une directive a été prise pour faciliter l'accès des soins aux salariés transfrontaliers. En effet, il est demandé aux États membres, lors de la transposition de ce texte de désigner un point de contact destiné à être un relais entre les prestataires de soins, les assureurs et les assurés de façon à leur fournir une information opportune leur permettant d'exercer leurs droits, sachant que le remboursement des soins dispensés dans un autre État est limité aux prestations prévues par la législation d'affiliation. Par ailleurs, il est demandé aux États d'affiliation de ne pas soumettre à autorisation préalable la prise en charge des soins effectués sur le territoire d'un autre État membre dans la mesure où s'ils avaient été dispensés sur son sol, ils auraient été supportés par le système obligatoire de Sécurité sociale. Seules quelques exceptions sont prévues comme certains soins hospitaliers et ceux soumis à un besoin de planification qui doivent être recensés et faire l'objet d'une publication pour permettre une meilleure information des assurés.

Directive 2011/24/UE – JOUE L. 88 du 4 avril 2011

Ce point de contact est également chargé de diffuser des informations sur l'accessibilité des établissements de santé français aux personnes handicapées et sur les normes en matière de qualité et de sécurité des soins de santé en France.

Pour la France, les coordonnées du point de contact sont les suivantes :

Ministère des Affaires sociales et de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP
europe-info-patients@sante.gouv.fr

Les coordonnées des points de contact des autres États-membres de l'Union européenne sont disponibles sur le site de la Commission européenne.

Par ailleurs, des accords bilatéraux ont été conclus entre la France et la Belgique pour favoriser la coopération sanitaire et l'aide médicale d'urgence. Ainsi, les patients, assurés sociaux belges et français résidant en France ou en Belgique peuvent recevoir des soins dans les établissements hospitaliers frontaliers, sans autorisation médicale préalable et sans avance de frais.

A la suite de ces conventions, la Caisse Nationale de santé luxembourgeoise, dans un accord du 9 mai 2011, a reconnu l'applicabilité de ce texte permettant donc aux assurés luxembourgeois résidant en France ou en Belgique l'accès aux soins dans les mêmes conditions que les assurés sociaux belges ou français, pour autant qu'ils soient domiciliés dans la zone d'applicabilité des conventions.

*Accord sur la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Belgique
Lettre du 15 décembre 2011 de la Caisse nationale de santé Luxembourgeoise aux autorités françaises et belges*

Membres de la famille

Les dispositions précédentes sont applicables par analogie aux membres de la famille qui résident sur le territoire d'un État membre autre que le pays d'affiliation, pour autant qu'ils n'aient pas droit à ces prestations en vertu de la législation de l'État sur le territoire duquel ils résident.

En cas de résidence des membres de la famille sur le territoire d'un État membre selon la législation duquel le droit aux prestations en nature n'est pas subordonné à des conditions d'assurance ou d'emploi, les prestations en nature qui leur sont servies sont censées l'être pour le compte de l'institution à laquelle le travailleur salarié ou non-salarié est affilié. Il y a ensuite un remboursement par les institutions compétentes aux institutions qui ont servi lesdites prestations. Néanmoins pour les États membres figurant à l'annexe 3 du règlement 987/2009, ce remboursement est effectué sur la base d'un forfait, déterminé tous les ans mais qui doit être le plus proche possible des dépenses réelles.

☞ Ces règles ne sont pas applicables si le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle sur le territoire dudit État membre.

*Article 25-C-10-Règlement CE n° 987/2009
Annexe 3 du Règlement CE n° 987/2009*

Lorsqu'un État membre a conclu avec un pays tiers une convention bilatérale de sécurité sociale contenant des dispositions relatives aux prestations de maladie en nature, les dispositions relatives aux soins de santé contenues dans cette convention doivent s'appliquer également aux membres de la famille qui résident dans un autre État membre et qui auraient besoin de soins au cours d'un séjour temporaire dans cet État tiers. En effet, les conventions bilatérales de sécurité sociale entre un État membre et un État tiers doivent être appliquées de manière à ne pas priver une personne et les membres de sa famille des droits liés à l'exercice de la libre circulation au sein de l'Union européenne. Des dispositions du règlement (CE) 883/04 veillent en effet à ce que l'octroi de prestations de maladie en nature ne soit pas subordonné à la résidence de la personne assurée dans l'État membre compétent. Ces dispositions s'appliquent également aux membres de la famille qui bénéficient, dans l'État membre de résidence, de prestations de maladie en nature servies pour le compte de l'institution compétente par l'institution du lieu de séjour.

Recommandation S2 du 22 octobre 2013 (JOUE C 46 du 18 février 2014)

Inscription à la caisse du lieu de résidence

Les ayants droit sont déterminés selon les règles en vigueur dans le pays de résidence de la famille.

Pour bénéficier des prestations en nature dans leur pays de résidence, les membres de la famille doivent s'inscrire auprès de la caisse de leur lieu de résidence.

☞ *Lorsque ladite attestation est délivrée par une institution allemande, française, italienne ou portugaise, elle est seulement valable pendant un délai d'un an suivant la date de sa délivrance et doit être renouvelée tous les ans.*

Cas particulier : travailleurs frontaliers et membres de leur famille

Les membres de la famille d'un travailleur frontalier ont droit à des prestations en nature lors de leur séjour dans l'État membre compétent.

Toutefois, lorsque ledit État membre figure sur la liste des pays mentionnés à l'annexe III du règlement 883/2004 modifié par le règlement 988/2009, les membres de la famille du travailleur frontalier qui résident dans le même pays membre que lui ont uniquement droit au bénéfice des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires sur le plan médical lors du séjour hors de l'État membre compétent eu égard à la nature desdites prestations et de la durée séjour.

Article 18-2 - Règlement CE n° 883/2004 et article 1^{er}-7) - Règlement CE n° 988/2009

Article 19-1 - Règlement CE n° 883/2004

Liste des pays mentionnés à l'annexe III du Règlement CE n° 883/2004 modifié par le Règlement CE n° 988/2009 qui appliquent une restriction du droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier dans le cadre des prestations en nature :

- Danemark ;
- Estonie (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Irlande ;
- Espagne (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Italie (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Lituanie (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Hongrie (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Pays-Bas (cette mention sera valable pendant la durée visée à l'article 87, paragraphe 10 bis) ;
- Finlande ;
- Suède ;
- Royaume-Uni.

☞ *L'article 87, paragraphe 10 bis du Règlement CE n° 883/2004 dispose que : « Les mentions figurant à l'annexe III pour l'Estonie, l'Espagne, l'Italie, la Lituanie, la Hongrie et les Pays-Bas cessent d'avoir effet quatre ans après la date d'application du présent règlement ».*

Par ailleurs, une directive a été prise pour définir les modalités de prise en charge des soins de santé. C'est l'État membre d'affiliation qui rembourse les soins transfrontaliers, s'ils font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans cet État. Ceci suppose que les États membres disposent d'un mécanisme transparent de calcul des coûts des soins devant être remboursés et que ce système repose sur des critères objectifs et non discriminatoires. L'État membre d'affiliation peut ainsi imposer à un assuré, désireux de bénéficier du remboursement de ses frais de santé, les mêmes conditions que pour ceux dispensés sur son territoire, en terme de critères d'admissibilité et de formalités. Néanmoins, une telle exigence ne peut constituer une entrave à la libre circulation des patients sauf si elle est objectivement liée à une volonté d'assurer une maîtrise des coûts.

Article 7 Directive 2011/24/UE du mars 2011

Autant dire que la marge de manœuvre de la France est étroite pour justifier, par exemple, le respect du parcours de soins coordonné. La CNAMTS a donc établi dans ce but un document ad hoc, formalisant un accord entre un médecin, établi dans un autre État, et l'assurance maladie, pour l'exercice de la fonction de médecin traitant.

Les États membres sont donc fortement incités à adapter leur réglementation pour éviter d'être poursuivi devant la Cour de Justice Européenne. Le Luxembourg a d'ailleurs été condamné pour entrave à la libre prestation de service pour avoir maintenu une réglementation rendant plus difficile la prise en charge des frais d'analyses médicales.

CJUE 27 janvier 2011 affaire 490/09

PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

L'assuré qui s'est vu reconnaître, pour lui-même ou pour un membre de sa famille, le droit à une prothèse, à un grand appareillage ou à d'autres prestations en nature d'une grande importance par l'institution d'un État membre avant sa nouvelle affiliation à l'institution d'un autre État membre bénéficie de ces prestations à la charge de la première institution, même si elles sont accordées alors que ledit travailleur se trouve déjà affilié à la deuxième institution.

La Commission Administrative établit la liste des prestations couvertes par les dispositions ci-dessus.

Article 33 - Règlement CE n° 883/2004

PRESTATIONS EN NATURE DANS LE CADRE D'UN DON D'ORGANE TRANFRONTALIER

Le règlement (CE) n° 883/2004 ne prévoyant pas de solution pour le remboursement de prestations en nature de l'assurance maladie à un donneur vivant lorsque la législation applicable à ce dernier exclut ou ne prévoit pas la prise en charge des soins liés à ce don et que la législation dont relève le receveur de l'organe ne couvre pas non plus les coûts supportés par le donneur, il convient de trouver des solutions pour réduire les coûts supportés par les donneurs, compte tenu des avantages que présentent les dons d'organes en terme de santé publique. Il convient donc que l'institution compétente du receveur de l'organe trouve une solution humaine ad hoc et rembourse les soins nécessaires aux dons transfrontaliers d'organes de donneurs vivants si la législation applicable à ces derniers ne prévoit pas leur prise en charge. Par ailleurs, le potentiel donneur devant prendre sa décision en toute indépendance, il doit disposer, à l'avance, d'informations pertinentes sur les modalités de remboursement des coûts liés aux dons transfrontaliers d'organes et la compensation d'une éventuelle perte de revenu par des prestations en espèces.

Décision du Comité mixte de l'EEE n° 38/2013 du 15 mars 2013 - JOUE L. 231 du 29 août 2013

DÉPLACEMENT DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE QUE L'ÉTAT DE RÉSIDENCE POUR RECEVOIR DES SOINS

Ouverture du droit

Une personne assurée peut se rendre dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour. Elle demande à ce titre une autorisation à l'institution compétente.

La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation.

Conditions pour bénéficier de l'autorisation

L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État 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.

Article 20-Règlement CE n° 883/2004

LES MEMBRES DE LA FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE

Les dispositions ci-dessus s'appliquent aux membres de la famille de la personne assurée.

Si les membres de la famille de la personne assurée résident dans un État membre, autre que l'État membre où réside la personne assurée, et que cet État membre a opté pour le remboursement sur la base de montants fixes, le coût des prestations en nature est pris en charge par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

Dans ce cas, l'institution du lieu de résidence des membres de la famille est considérée comme l'institution compétente.

Article 20-4-Règlement CE n° 883/2004

PROCÉDURE D'AUTORISATION

La personne assurée présente à l'institution du lieu de séjour un document délivré par l'institution compétente. On entend par «institution compétente», l'institution qui prend en charge les frais de soins programmés.

Dans les cas visés à l'article 20, paragraphe 4 du règlement CE n° 883/2004 dans lesquels les prestations en nature servies dans l'État membre de résidence sont remboursées sur la base de montants fixes, l'institution compétente désigne l'institution du lieu de résidence.

Lorsqu'une personne assurée ne réside pas dans l'État membre compétent, elle demande une autorisation à l'institution du lieu de résidence, qui la transmet sans délai à l'institution compétente.

Dans ce cas, l'institution du lieu de résidence certifie dans une déclaration que les conditions ci-dessus énoncées sont ou ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence. Refus de la délivrance de l'autorisation

L'institution compétente peut refuser de délivrer l'autorisation demandée uniquement si, à l'appréciation de l'institution du lieu de résidence, les conditions énoncées ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence de la personne assurée, ou si le même traitement peut être dispensé dans l'État membre compétent lui-même, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie de la personne concernée.

L'institution compétente informe l'institution de l'État membre de résidence de sa décision.

En l'absence de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, l'autorisation est réputée accordée par l'institution compétente.

Lorsqu'une personne assurée ne résidant pas dans l'État membre compétent requiert d'urgence des soins à caractère vital et que l'autorisation ne peut être refusée, l'autorisation est octroyée par l'institution du lieu de résidence pour le compte de l'institution compétente, qui en est immédiatement informée par l'institution du lieu de résidence.

L'institution compétente accepte les constatations et les options thérapeutiques relatives à la nécessité de soins urgents et à caractère vital arrêtées par des médecins agréés par l'institution du lieu de résidence qui délivre l'autorisation.

À tout moment au cours de la procédure d'octroi de l'autorisation, l'institution compétente conserve la faculté de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix dans l'État membre de séjour ou de résidence.

Sans préjudice de toute décision concernant l'autorisation, l'institution du lieu de séjour informe l'institution compétente lorsqu'il apparaît médicalement nécessaire de compléter le traitement couvert par l'autorisation existante.

Prise en charge des prestations en nature

Lorsque la personne assurée a effectivement pris elle-même en charge tout ou partie du coût du traitement médical autorisé et que le montant que l'institution compétente est tenue de rembourser à l'institution du lieu de séjour ou à la personne assurée notamment le coût réel est inférieur à celui qu'elle aurait dû assumer pour le même traitement dans l'État membre compétent à savoir le coût théorique, l'institution compétente rembourse, sur demande, le coût du traitement qu'elle a supporté à concurrence du montant de la différence entre le coût théorique et le coût réel.

Le montant du remboursement ne peut toutefois pas dépasser celui des coûts effectivement supportés par la personne assurée et peut prendre en compte les montants que la personne assurée aurait dû acquitter si le traitement avait été prodigué dans l'État membre compétent.

Cette position est issue d'une affaire relative à une assurée belge, autorisée en application du règlement communautaire, à se rendre dans un hôpital en France pour une opération chirurgicale orthopédique. La Cour européenne de justice a estimé que l'assuré avait droit à un supplément de remboursement de la part de l'institution belge compétente car le niveau de prise en charge de celle-ci était plus élevé que celui français. Depuis cet arrêt, ce supplément est appelé «complément Vanbraekel».

CJCE 12 juillet 2001, affaire 368/98

Le même raisonnement est appliqué dans le cadre d'une prestation de service.

Cette solution est contestée dans de nombreux États en raison du coût et de la difficulté d'application, d'autant qu'elle n'est réservée qu'à certaines situations.

Prise en charge des frais et de séjour

Lorsque la législation nationale de l'institution compétente prévoit le remboursement des frais de voyage et de séjour indissociables du traitement de la personne assurée, ces frais pour la personne concernée et, le cas échéant, pour une personne accompagnante sont pris en charge par cette institution lorsqu'une autorisation est accordée en cas de traitement dans un autre État membre.

Article 26-Règlement CE n° 987/2009

PRESTATIONS EN ESPÈCES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Les prestations en espèces (en cas d'incapacité temporaire de travail) sont calculées et liquidées par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique.

CALCUL DES PRESTATIONS EN ESPÈCES

L'institution compétente d'un État membre dont la législation prévoit que le calcul des prestations en espèces repose sur un revenu moyen ou sur une base de cotisation moyenne détermine ce revenu moyen ou cette base de cotisation moyenne exclusivement en fonction des revenus constatés ou des bases de cotisation appliquées pendant les périodes accomplies sous ladite législation.

Article 21-2-Règlement CE n°883/2004

Il en est de même pour les institutions dont la législation prévoit que le calcul des prestations en espèces repose sur un revenu forfaitaire. Il ne sera tenu compte exclusivement du revenu forfaitaire ou, le cas échéant, de la moyenne des revenus forfaitaires correspondant aux périodes accomplies sous ladite législation.

Article 21-3-Règlement CE n° 883/2004

Ces dispositions s'appliquent également lorsque la législation que l'institution compétente applique définit une période de référence déterminée, qui correspond pour tout ou partie aux périodes que l'intéressé a accomplies sous la législation d'un autre ou de plusieurs autres États membres.

Article 21-4-Règlement CE n° 883/2004

LIQUIDATION DES PRESTATIONS

Séjour temporaire

Après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence, ces prestations peuvent être payées par cette dernière institution, pour le compte de la première, mais toujours selon les dispositions de la législation du lieu d'affiliation.

La caisse du lieu de séjour adresse à la caisse d'affiliation la demande de prestations en espèces pour incapacité de travail, ainsi que le rapport médical attestant de l'arrêt de travail.

La caisse d'affiliation notifie ensuite sa décision de prise en charge ou de refus des indemnités. Les prestations en espèces sont alors réglées directement par la caisse d'affiliation.

Résidence dans un État membre autre que l'État compétent

Pour bénéficier des prestations en espèces sur le territoire de l'État membre sur lequel réside l'assuré, celui-ci adresse à la caisse de son lieu de résidence (auprès de laquelle il est rattaché), les documents attestant de l'arrêt de travail.

La caisse du lieu de résidence adresse à la caisse d'affiliation la demande de prestations en espèces pour incapacité de travail, ainsi que le rapport médical attestant de l'arrêt de travail.

La caisse d'affiliation notifie ensuite sa décision de prise en charge ou de refus des indemnités.

Les prestations en espèces sont alors réglées directement par la caisse d'affiliation.

Après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence, ces prestations peuvent être payées par cette dernière institution, pour le compte de la première, mais toujours selon les dispositions de la législation de l'institution compétente.

PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE EN CAS DE SÉJOUR OU DE RÉSIDENCE DANS UN ÉTAT AUTRE QUE L'ÉTAT MEMBRE COMPÉTENT

OUVERTURE DU DROIT

Une personne assurée peut bénéficier des prestations en espèces pour des soins de longue durée. Ces prestations doivent être considérées comme des prestations de maladie et sont donc servies par l'État membre compétent pour le versement des prestations en espèces. Elle peut en même temps bénéficier de prestations en nature servies pour les mêmes soins par l'institution du lieu de résidence ou de séjour d'un autre État membre.

Ces prestations doivent être remboursées par une institution du premier État membre, en vertu de l'article 35 du règlement CE n° 883/2004 relatif aux remboursements entre les institutions.

La disposition générale relative au non-cumul des prestations prévue à l'article 10 dudit règlement s'applique uniquement avec la restriction selon laquelle si la personne concernée demande et reçoit les prestations en nature auxquelles elle a droit, la prestation en espèces est réduite du montant de la prestation en nature qui est imputé ou peut être imputé à l'institution compétente du premier État membre qui doit rembourser les frais.

Deux ou plusieurs États membres, ou leurs autorités compétentes, peuvent convenir d'autres dispositions ou de dispositions complémentaires, qui ne peuvent toutefois être moins favorables à l'intéressé que celles exposées ci-dessus.

La Commission Administrative établit la liste des prestations en espèces et en nature auxquelles s'appliquent les dispositions sus-indiquées.

Article 34-Règlement CE n° 883/2004

PROCÉDURES À SUIVRE

L'institution du lieu de résidence

L'institution du lieu de résidence examine, à la demande de l'institution compétente, l'état de santé de la personne assurée pour ce qui concerne les besoins de celle-ci en matière de soins de longue durée.

L'institution compétente fournit à l'institution du lieu de résidence toutes les informations nécessaires en vue d'un tel examen.

L'institution compétente

L'institution compétente, pour déterminer dans quelle mesure les soins de longue durée sont nécessaires, a le droit de faire examiner la personne assurée par un médecin ou tout autre spécialiste de son choix.

Procédure en cas de séjour dans un État membre autre que l'État membre compétent

Les dispositions ci-dessus s'appliquent lorsque la personne assurée séjourne dans un État membre autre que l'État membre compétent.

Les membres de la famille

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également aux membres de la famille de la personne assurée.

DEMANDEURS DE PENSIONS OU DE RENTES ET MEMBRES DE LEUR FAMILLE

DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE CESSATION DU DROIT AUX PRESTATIONS DE LA PART DE L'INSTITUTION QUI ÉTAIT COMPÉTENTE EN DERNIER LIEU

Droit aux prestations

La personne assurée qui, lors de la présentation ou de l'examen d'une demande de pension, perd le droit aux prestations en nature en vertu de la législation du dernier État membre compétent conserve le droit aux prestations en nature selon la législation de l'État membre dans lequel elle réside, pour autant que le demandeur de pension remplisse les conditions relatives à l'assurance prévues dans la législation de l'État membre.

Les membres de la famille du demandeur de pension bénéficient également des prestations en nature dans l'État membre de résidence.

Article 22-Règlement CE n° 883/2004

Cotisations impayées

Le demandeur d'une pension ou d'une rente, dont le droit aux prestations en nature découle de la législation d'un État membre qui oblige l'intéressé à verser lui-même les cotisations afférentes à l'assurance maladie pendant l'instruction de sa demande de pension, cesse d'avoir droit aux prestations en nature à l'expiration du deuxième mois pour lequel il n'a pas acquitté les cotisations dues.

TITULAIRES DE PENSIONS ET MEMBRES DE LEUR FAMILLE

Pensions dues au titre des législations de deux ou plusieurs États membres, un droit aux prestations existant dans le pays de résidence

La personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs États membres, dont l'un est l'État membre de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet État membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet État membre.

Article 23-Règlement CE n° 883/2004

Pensions en vertu de la législation d'un seul ou de plusieurs États, un droit aux prestations n'existant pas dans le pays de résidence

La personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres, et qui ne bénéficie pas des prestations en nature selon la législation de l'État membre de résidence, a toutefois droit, pour elle-même et pour les membres de sa famille, à de telles prestations, pour autant qu'elle y aurait droit selon la législation de l'État membre ou d'au moins un des États membres auxquels il incombe de servir une pension, si elle résidait dans l'État membre concerné.

Article 24-1-Règlement CE n° 883/2004

Prestations en nature

Les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution qui assure la charge des prestations en nature par l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé bénéficiait de la pension et des prestations en nature selon la législation de cet État membre.

Article 24-Règlement CE n° 883/2004

Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont versées à la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres par l'institution compétente de l'État membre où se trouve l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

Article 29-1-Règlement CE n° 883/2004

PENSIONS DUES EN VERTU DE LA LÉGISLATION D'UN SEUL OU DE PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES AUTRES QUE LE PAYS DE RÉSIDENCE, UN DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DANS CE DERNIER PAYS

Lorsqu'une personne qui perçoit une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres réside dans un État membre selon la législation duquel le droit aux prestations en nature n'est pas subordonné à des conditions d'assurance, d'activité salariée ou non salariée, et selon la législation duquel aucune pension n'est versée par cet État membre, la charge des prestations en nature qui sont servies à l'intéressé et aux membres de sa famille incombe à l'institution déterminée selon les dispositions de l'article 24, paragraphe 2 du règlement CE n° 883/2004, située dans l'un des États membres compétents en matière de pension, pour autant que le titulaire de pension et les membres de sa famille auraient droit à ces prestations s'ils résidaient dans cet État membre.

Article 25-Règlement CE n° 883/2004

RÉSIDENCE DES MEMBRES DE LA FAMILLE DANS UN ÉTAT AUTRE QUE CELUI OÙ RÉSIDE LE TITULAIRE DE PENSION

Les membres de la famille d'une personne qui perçoit une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres ont droit, lorsqu'ils résident dans un État membre autre que l'État membre dans lequel réside le titulaire de pension, à des prestations en nature servies par l'institution de leur lieu de résidence selon la législation qu'elle applique, pour autant que le titulaire de pension ait droit à des prestations en nature en vertu de la législation d'un État membre. Le coût de ces prestations incombe à l'institution compétente responsable des coûts des prestations en nature servies au titulaire de pension dans l'État membre dans lequel il réside.

Article 26-Règlement CE n° 883/2004

Service des prestations en nature

Les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution qui assure la charge des prestations en nature par l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé bénéficiait de la pension et des prestations en nature selon la législation de cet État membre.

Article 24-Règlement CE n° 883/2004

Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont versées à la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres par l'institution compétente de l'État membre où se trouve l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

Article 29-1-Règlement CE n° 883/2004

SÉJOUR DANS L'ÉTAT MEMBRE COMPÉTENT

Le titulaire de pension et les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre de résidence et qui perçoivent une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres, bénéficient :

- des prestations en nature selon la législation de l'un des États membres qui lui servent une pension, ou aux membres de sa famille, lorsqu'ils séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident.
- des prestations en espèces versées par l'institution compétente de l'État membre où se trouve l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Elles le sont comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation.

Article 27-2-Règlement CE n° 883/2004

Article 29-Règlement CE n° 883/2004

Suite à l'application des règlements 883/2004 et 987/2009 entre l'Union européenne et la Suisse, il a été prévu d'étendre ces dispositions à la Suisse. Ainsi, un pensionné d'un régime français et ses ayants droit, à la charge de la France et résidant en Suisse peuvent se faire soigner en France à la charge de ce dernier État.

L'assurance maladie obligatoire suisse continue de s'appliquer aux pensionnés ne résidant plus en Suisse sauf si le droit d'option a été exercé.

Circulaire CNAV n° 2012-2 du 11 septembre 2012

SÉJOUR DU TITULAIRE DE PENSION ET DES MEMBRES DE SA FAMILLE DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE QUE L'ÉTAT MEMBRE DE RÉSIDENCE

Le titulaire de pension et les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre de résidence et qui perçoivent une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres, lorsqu'ils séjournent dans un État membre où se trouve l'institution compétente peuvent bénéficier :

- des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.

- de prestations en espèces servies par l'institution compétente en vertu de la législation qu'elle applique. Dans le cadre d'un accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence ou de séjour, ces prestations peuvent toutefois être servies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour pour le compte de l'institution compétente selon la législation de l'État membre compétent.

Article 27-Règlement CE n° 883/2009

Article 29-Règlement CE n° 883/2004

AUTORISATION DE RECEVOIR DES SOINS NÉCESSAIRES HORS DE L'ÉTAT MEMBRE DE RÉSIDENCE

Les dispositions de l'article 19 du règlement CE n° 883/2004 s'appliquent par analogie à la personne qui perçoit une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres, et qui bénéficie de prestations en nature selon la législation de l'un des États membres qui lui servent une pension, ou aux membres de sa famille, lorsqu'ils séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident.

Les dispositions de l'article 18 §1 19 du règlement CE n° 883/2004 sont applicables par analogie aux personnes visées au paragraphe 1 lorsqu'elles séjournent dans l'État membre où se trouve l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence et lorsque ledit État membre a opté pour cette solution et figure à l'annexe IV.

L'article 20 du règlement CE n° 883/2004 s'applique par analogie à un titulaire de pension et/ou aux membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident aux fins d'y recevoir le traitement adapté à leur état.

COÛT DES PRESTATIONS EN NATURE

Le coût des prestations en nature ci-dessus incombe à l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

Le coût des prestations en nature relative au déplacement en dehors de l'État membre de résidence pour recevoir des soins adaptés est supporté par l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille, si ces personnes résident dans un État membre qui a opté pour le remboursement sur la base de montants fixes.

Dans ces cas, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille est considérée comme l'institution compétente.

CAS PARTICULIER DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS PENSIONNÉS

Travailleur frontalier ayant pris la retraite en raison de son âge ou pour cause d'invalidité

Un travailleur frontalier qui a pris sa retraite en raison de son âge ou pour cause d'invalidité a le droit, en cas de maladie, de continuer à bénéficier des prestations en nature dans l'État membre dans lequel il a exercé en dernier son activité salariée ou non salariée, dans la mesure où il s'agit de poursuivre un traitement entamé dans cet État membre.

On entend par «poursuivre un traitement» le fait de déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme.

Article 28-1-Règlement n° 883/2004

Travailleur frontalier ayant exercé une activité salariée ou non salariée pendant deux ans au moins au cours des cinq dernières années avant la retraite

Un titulaire de pension qui a exercé une activité salariée ou non salariée en tant que travailleur frontalier pendant deux ans au moins au cours des cinq années qui ont précédé la date d'effet de sa pension de vieillesse ou d'invalidité a droit aux prestations en nature dans l'État membre où il a exercé en tant que travailleur frontalier une activité salariée ou non salariée, si cet État membre ainsi que l'État membre où se trouve l'institution compétente à laquelle incombent les charges liées aux prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence ont opté pour cette formule et qu'ils figurent tous deux à l'annexe V du règlement CE n° 883/2004.

Article 28-2-Règlement n° 883/2004

Les dispositions précitées s'appliquent par analogie aux membres de la famille d'un ancien travailleur frontalier ou à ses survivants s'ils avaient droit à des prestations en nature au titre de l'article 18, paragraphe 2, du règlement CE n° 883/2004 au cours des périodes visées ci-dessus et ce même si le travailleur frontalier est décédé avant le début de sa pension, à condition qu'il ait exercé une activité salariée ou non salariée en qualité de travailleur frontalier pendant deux ans au cours des cinq années précédant son décès.

Article 28-3-Règlement n° 883/2004

Les dispositions ci-dessus relatives au travailleur frontalier et les membres de sa famille s'appliquent jusqu'à ce que la personne concernée soit soumise à la législation d'un État membre sur la base d'une activité salariée ou non salariée.

Article 28-4-Règlement n° 883/2004

Le coût des prestations en nature

La charge des prestations en nature pour le travailleur retraité en cas de maladie ou en cas de d'exercice d'activité salariée ou non salariée pendant deux ans au moins au cours des cinq années précédant la date d'effet de sa pension et les membres de famille qui séjournent dans l'État membre compétent incombe à l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension ou à ses survivants dans leur État membre de résidence respectif.

Article 28-5-Règlement n° 883/2004