

Octobre 2014

Si, lors d'un voyage dans un État de l'EEE ou en Suisse, un citoyen nécessite des soins qui n'étaient pas prévus et ne constituent donc pas la raison de la présence à l'étranger, c'est la **carte européenne d'assurance maladie** qui garanti la couverture et permettra la prise en charge financière des soins.

On ne bénéficie de la prise en charge que si les soins sont prévus par la législation de l'État de l'institution d'assurance maladie de la personne. Par exemple, certaines législations nationales prévoient la prise en charge des cures, mais d'autres pas. D'un autre côté on n'est soigné qu'aux conditions de l'Etat d'accueil (si le type de soins est prévu).

Soins programmés hospitaliers

Il n'y a pas à l'heure actuelle de définition européenne des «soins hospitaliers» ou des «soins non hospitaliers». Il faut se renseigner auprès de sa propre institution d'assurance maladie.

S'il s'agit de soins hospitaliers, l'institution d'assurance maladie peut exiger que le citoyen demande une **autorisation de prise en charge**. La prise en charge se fera alors aux conditions du pays où les soins sont reçus (l'État de séjour), et si elle est inférieure à ce que prévoit l'institution d'assurance maladie, la différence sera remboursée. Si la personne n'a pas obtenu d'autorisation, elle n'aura pas automatiquement droit à une prise en charge. Rien n'empêche cependant de demander une prise en charge au retour, mais sans garantie aucune.

S'il s'agit de soins non hospitaliers, il est possible de suivre la même procédure et demander une autorisation, en bénéficiant des mêmes garanties. Le citoyen peut aussi se rendre directement, sans autorisation préalable, dans l'État où il veut se faire soigner, et, à son retour, demander à son institution d'assurance maladie la prise en charge financière qu'elle prévoit. Mais si la prise en charge est plus élevée dans l'autre État, pas de droit au remboursement complémentaire. Celle-ci se fera dans ce cas aux conditions fixées par la législation de l'État de votre institution d'assurance maladie¹.

La législation européenne autorise à suivre un traitement médical dans d'autres pays de l'UE dans les mêmes conditions et pour le même prix que les résidents de ce pays, dans certaines circonstances. Avant d'envisager un traitement à l'étranger, il faut bien se renseigner sur ses droits et leurs limites, ainsi que sur les procédures à suivre. Certains pays peuvent toutefois

Sources :

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp>

http://ec.europa.eu/solvit/index_fr.htm

-échange avec un directeur d'hôpital italien

¹ Cette possibilité n'est toutefois pas reconnue dans les relations avec la Suisse.

restreindre l'accès à certains types de soins, parce que la demande de ces soins est plus importante que leur capacité à les fournir.

Règlement des frais

Soins programmés : les coûts de **soins dispensés par des prestataires publics**² peuvent être pris en charge de deux façons :

1. L'assurance prend tous les frais en charge directement

- Sous réserve d'avoir demandé **l'autorisation à l'assurance avant de partir**. Si accordée, un formulaire dit **formulaire S2** est remis. L'organisme d'assurance prendra alors en charge la totalité des frais.

Les organismes concernés s'occupent directement du remboursement, le patient ne paie donc pas les soins. De nombreux cas traités par SOLVIT³ concernent effectivement une demande injustifiée de paiement adressée directement au patient, alors qu'il est aux assurances maladie de se transmettre et traiter le paiement.

Toutefois, si la personne se fait soigner dans un pays où les patients payent généralement les soins et se font ensuite rembourser par leur organisme d'assurance maladie, il est possible qu'il soit nécessaire de payer certains frais. Dans ce cas, il faut demander aux autorités du pays dans lequel la personne a été soignée, au même taux que les résidents locaux. Autre possibilité : demander le remboursement à sa propre assurance une fois rentré.

Si le taux de remboursement des frais pour un traitement reçu à l'étranger est plus élevé dans le pays où le patient est assuré, il est possible de demander à son organisme d'assurance de verser la différence.

2. Le patient paie les soins et demande ensuite le remboursement

- Ceci vaut pour tous les prestataires de soins, publics ou privés
- Le patient est remboursé à hauteur du coût des soins dans son pays, mais *uniquement* s'il s'agit de soins donnant lieu à un remboursement

NB- Les **soins non hospitaliers** sont pris en charge aux conditions de l'État de l'institution d'assurance maladie de la personne et la différence éventuelle ne sera pas remboursée si l'autre État prend en charge une part plus élevée.

Quelle que soit l'option choisie, **l'assureur ne peut pas refuser une demande d'autorisation préalable si** : les soins spécifiques dont la personne a besoin ne sont pas disponibles dans son pays, mais y sont couverts par le régime national d'assurance maladie ou encore si le délai d'attente dans son pays est trop long.

² Les soins privés peuvent ne pas être couverts.

³ SOLVIT est le service de résolution des cas de non respect des règles UE par les administrations, avant engagement en justice.
http://ec.europa.eu/solvit/index_fr.htm

Concrètement, en Italie:

En distinguant :

- l'hospitalisation proprement dite (journalière ou avec nuitée) ;
- les soins en cabinet de consultation ou dispensaire (« ambulatoire ») dans l'enceinte de l'hôpital (analyses, spécialistes, etc) ou les mêmes soins, dans un établissement du réseau hospitalier territorial ;

La première est toujours gratuite ; les autres soins sont soumis à un coût⁴.

Le paiement des frais de soins s'effectue relativement à la catégorie de revenu d'appartenance (soumis ou non aux paiements). Lorsque le patient se rend au centre de réservation et paiements⁵, il a avec lui la prescription du médecin et le code de catégorie qui le concerne (en fonction du revenu minimum, pathologie longue durée, etc). Selon ce code, il paiera un « Ticket modérateur » pour chacune des prestations. Les tickets ont une valeur propre selon la prestation, à une hauteur maximale à la charge du patient⁶, comme une « franchise ».

Les patients européens sont soumis aux mêmes coûts et suivent la procédure évoquée ci-dessus. Le cas le plus particulier est celui d'une hospitalisation en urgence d'une personne provenant d'un autre pays européen ne possédant aucun document approprié. Dans ce cas, l'hôpital fera appel à la Préfecture (représentant le Ministère de l'intérieur) pour une mise en relation avec le pays d'origine du patient et le suivi financier du dossier. Aucune avance de frais n'est donc demandée au patient.

Concernant les mutuelles

Le service d'une mutuelle (santé) tel qu'il existe en France est très peu utilisé (en raison, entre autres, des faibles coûts des prestations). Certaines assurances généralistes proposent bien sûr de couvrir les différentiels de coûts dans le secteur privé, pour couvrir des frais de « confort » ou pour couvrir de grandes/graves interventions. Le patient fait la démarche auprès de son assurance pour le remboursement.

⁴ Attention : certaines interventions chirurgicales programmées (ex hernie, cataracte,...) sont désormais classées comme « en cabinet » et donc payantes.

⁵ «CUP, centro unico prenotazioni», le système de réservation des visites spécialistes et des diagnostics instrumentaux.

⁶ Les tarifs de chaque type de prestation sont fixés par décrets ministériels, à hauteur maximum de 36€ en 2014. Le reste étant à la charge du service public.