

2 0 2 2

Santé Info Droits PRATIQUE

C.9.5

SÉCURITÉ SOCIALE

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS À L'ÉTRANGER

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les assurés d'un régime français d'Assurance maladie et leurs ayants droit peuvent bénéficier du remboursement partiel ou total de soins médicaux délivrés dans un autre État membre de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Économique Européen (EEE = UE + Islande, Norvège, Liechtenstein) ou en Suisse, pour différents types de soins :

- les soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un de ces États, dès lors que le séjour n'est pas motivé par les soins ;
- les soins programmés à l'avance dans un de ces États.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, ces dispositions ne s'appliquent plus au Royaume-Uni ni aux ressortissants de ce pays venant dans l'Union Européenne.

Cette fiche traitera principalement des soins reçus par les assurés sociaux du régime français, dans un autre pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse. Ces soins, appelés « soins transfrontaliers », bénéficient d'un cadre juridique qui leur est propre.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Dès 1959, des règlements européens de coordination de Sécurité sociale ont eu pour objectif de mettre en œuvre la libre-circulation des travailleurs, en facilitant notamment l'accès aux soins. Les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 permettent aujourd'hui aux personnes assurées de se faire soigner dans un autre État membre de l'Union européenne à la charge de leur régime d'affiliation, selon des modalités particulières.

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers complète ce dispositif en clarifiant les règles applicables à l'accès et au remboursement des soins transfrontaliers, et en renforçant les droits des patients en matière d'information, de qualité et de sécurité des soins.

Ces normes européennes œuvrent dans le sens de la coordination des régimes nationaux de Sécurité sociale entre eux mais n'ont, en aucun cas, vocation à les harmoniser. Chaque État demeure souverain pour définir sa législation quant aux modalités de prise en charge de ses assurés sociaux.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Les droits des assurés français recourant aux soins dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse peuvent être remboursés par la Sécurité sociale française dans différentes situations.

Le tableau ci-dessous présente ces différentes situations et renvoie, pour chacune d'entre elles, aux démarches et justificatifs à produire pour obtenir le remboursement par la Sécurité sociale :

• Modalités et niveaux de prise en charge des soins dans un pays de l'UE, de l'EEE ou en Suisse

	SITUATIONS CONCRÈTES	QUELLES DÉMARCHES ?	POSSIBILITÉS ET NIVEAUX DE REMBOURSEMENT	RÉFÉRENCES
Soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire	Voyages d'affaires, vacances, études... Le séjour ne doit pas être motivé par les soins.	Dispense d'avance des frais, possible en cas de présentation de la Carte européenne d'Assurance maladie , dès lors que celle-ci est accordée aux ressortissants du pays de séjour. Dans les autres cas, demande de remboursement des frais exposés à sa caisse d'affiliation sur présentation des factures acquittées et d'un formulaire cerfa S3125 « soins reçus à l'étranger » téléchargeable sur www.ameli.fr .	Prise en charge des soins par l'Etat dans lequel l'assuré séjourne et dans les conditions prévues par celui-ci. Ou en cas d'accord express de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement ne puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.	Articles 19 et 27 du Règlement (CE) n°883/04 Article 25 du Règlement (CE) n°987/2009 Article R160-1 du Code de la Sécurité sociale
Soins lourds et coûteux programmés	Des soins impliquant au moins une nuit d'hospitalisation ou Des soins nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux tels que définis par l'arrêté du 27 mars 2014.	L'assuré doit demander une autorisation préalable de prise en charge auprès de sa caisse (formulaire S2 « Droit aux soins médicaux programmés »). A défaut de réponse de la part de la Caisse dans un délai de 2 semaines, l'autorisation est réputée accordée. Dispense d'avance de frais possible en utilisant le formule S2 et si elle existe pour les assurés du pays de son séjour. Dans les autres cas, demande de remboursement des frais exposés à sa caisse d'affiliation, sur présentation des factures acquittées et d'un formulaire cerfa S3125 « soins reçus à l'étranger » téléchargeable sur www.ameli.fr .	Prise en charge des soins par l'Etat dans lequel l'assuré séjourne et dans les conditions prévues par celui-ci. Ou en cas d'accord express de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement ne puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.	Articles 20 et 27 du Règlement 883/2004 Article 26 du Règlement (CE) n°987/2009 Article R160-2 du Code de la Sécurité sociale
Autres soins programmés (sauf en Suisse)	Tous les soins ambulatoires courants programmés. Exemples : une consultation externe dans un hôpital ou des soins dentaires.	L'assuré n'est pas tenu de demander une autorisation préalable sauf si la législation française prévoit que ces soins sont soumis à autorisation préalable quand ils sont effectués en France. A son retour en France, il demande le remboursement à sa caisse d'affiliation sur présentation des factures acquittées et du formulaire cerfa S3125	Les soins sont remboursés dans les mêmes conditions que s'ils avaient été reçus en France. Les soins qui ne sont pas inclus dans la nomenclature des actes remboursables par la sécurité sociale française ne sont pas pris en charge. Le parcours de soins coordonnés s'applique : si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il ne bénéficie pas d'un accès direct ou d'une orientation, il sera moins bien remboursé. Attention, il n y a pas de remboursement pour cette catégorie de soins quand ils sont effectués en Suisse.	Article R160-2, dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale

- **Précisions quant à l'autorisation préalable aux soins lourds et coûteux programmés (cas n° 2 du tableau ci-dessus)**

Le service médical de la Caisse de Sécurité sociale peut refuser de délivrer à l'assuré une autorisation préalable **dans l'un ou l'autre des cas suivants** :

- la prise en charge des soins n'est pas prévue par la réglementation française ;
- un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de son affection ;
- lorsque les soins envisagés ne sont pas appropriés à l'état de santé du patient.

La décision d'autorisation préalable ou de refus de prise en

charge est notifiée à l'assuré par sa caisse dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines à compter de la réception de la demande. **Une absence de réponse au-delà de ce délai vaut accord.**

Le refus de délivrance du S2 peut être contesté devant la Commission de recours amiable (CRA) de la caisse d'assurance maladie. Une expertise médicale est nécessaire lorsque la contestation porte sur l'appréciation du médecin-conseil.

Si la CRA confirme ce refus, il est possible de saisir le Tribunal judiciaire.

- **Les soins dispensés dans les établissements de soins établis dans l'UE, l'EEE ou la Suisse, ayant passé des conventions avec la Sécurité sociale française (article R160-3 du Code de la Sécurité sociale)**

Des conventions passées entre les organismes de Sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un autre État de l'UE, de l'EEE ou en Suisse peuvent prévoir, au bénéfice des populations frontalières, les conditions de séjour dans ces établissements de malades qui ne peuvent recevoir en France

les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont alors dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

- **Les analyses médicales faites par un laboratoire établi dans l'UE ou l'EEE (article R160-3-1 du Code de la Sécurité sociale)**

Des frais d'examens de biologie médicale effectués à partir d'échantillons biologiques prélevés en France peuvent également être pris en charge sous réserve que le laboratoire satis-

fasse certaines conditions, notamment d'accréditation, d'agrément ou d'autorisation dans l'Etat concerné. Ces frais ne sont pas pris en charge quand ils sont réalisés en Suisse.

BON À SAVOIR

Certaines **complémentaires santé** peuvent prendre en charge tout ou partie des dépenses non couvertes par la Sécurité sociale française. Des contrats proposent en outre la souscription à des garanties supplémentaires « court séjour », couvrant alors à la fois les soins de santé et le rapatriement des patients.

La prise en charge des soins en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse (article R160-4 du Code de Sécurité sociale)

Il est possible d'obtenir le remboursement, par la Sécurité sociale française, de soins délivrés en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse dans les hypothèses suivantes :

1. Traitements non disponibles en France

- ° Sur autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, des conventions entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins à l'étranger peuvent prévoir les conditions de séjour des personnes malades, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.
- ° Sur demande individuelle auprès de la caisse d'assurance maladie, en cas d'absence de soins appropriés, et ce, à titre exceptionnel. Cette appréciation se fait en fonction de l'état de santé du patient et de l'offre de soins disponible dans les pays susmentionnés à la date des soins par le service médical de la caisse.

2. Soins inopinés dans le cadre d'un séjour temporaire

L'Assurance maladie française peut procéder à un remboursement forfaitaire des soins inopinés à l'étranger, dans la limite des tarifs français de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire dont disposent les caisses. Ainsi, en fonction de l'état sanitaire du pays et des tarifs des soins qui y sont pratiqués, il peut être utile de souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance, qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés et le rapatriement sanitaire, en cas de maladie à l'étranger. Toutefois attention, ces contrats sont assortis de clauses qui ont pour effet de ne pas prendre en charge les différents frais liés à des conséquences de pathologies préexistantes à la signature du contrat ou du départ en voyage.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles R160-1 à R160-4 du Code de la Sécurité sociale
- Arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux
- Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale
- Règlement (CE) n°987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale
- Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiches *Santé Info Droits* Pratique

[A.1.1 - Droits des patients en Europe](#)

[C.9.5.1 - La Carte européenne d'Assurance maladie \(CEAM\)](#)

Les points de contact nationaux

La Directive européenne du 9 mars 2011 prévoit la création, dans chaque État membre, d'un ou plusieurs points de contacts nationaux dédiés aux soins de santé transfrontaliers qui ont une mission d'information visant à permettre aux patients d'exercer les droits rappelés par la Directive vis à vis des prestataires de soins de santé établis dans leur pays, des procédures d'accès aux soins transfrontaliers et conditions de remboursement des frais exposés...

La liste et les coordonnées de ces points de contacts, qui sont mises à jour régulièrement, sont disponibles sur le site de la Commission européenne : https://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index_fr.htm

Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) est le point de contact national français pour les soins de santé transfrontaliers : www.cleiss.fr

Le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

Plus spécifiquement le formulaire dédié : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf>

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins, nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !