

### III. Remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 ou une convention bilatérale en matière de sécurité sociale s'appliquent

Cette circulaire a pour objectif d'expliquer les modalités de l'octroi d'une intervention dans les frais de prestations de santé prodiguées à un bénéficiaire de l'assurance soins de santé obligatoire pendant un séjour temporaire dans un pays où s'appliquent les dispositions des Règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 ou d'un accord bilatéral en matière de sécurité sociale.

Les dispositions de cette circulaire ne s'appliquent pas à l'octroi de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût des prestations en nature que le bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçues à l'étranger et pour lesquelles son organisme assureur lui a délivré une autorisation préalable sur base de l'article 20 du Règlement (CE) n<sup>o</sup> 883/2004 ou dans le cadre des conventions de coopération transfrontalière (ZOAST, la disposition Ostbelgien,...).

Les dispositions de la présente circulaire, en particulier en ce qui concerne l'octroi d'un remboursement en appliquant un pourcentage moyen de 75 %, ne sont toutefois pas applicables à la situation d'un assuré social qui se rend à l'étranger dans le but de se faire soigner et qui a droit au remboursement des soins de santé en application du Règlement (CE) n<sup>o</sup> 883/2004 ou en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge (en application de l'art. 294, § 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup> et 14<sup>o</sup> de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 – ci-après : A.R. du 03.07.1996).

Enfin, le remboursement au pourcentage moyen de 75 % ne s'applique pas aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui ne travaille pas dans le réseau de l'assurance maladie publique de l'État de séjour.

Cette circulaire O.A. est une mise à jour suite à l'entrée en vigueur d'un certain nombre de nouvelles conventions bilatérales en matière de sécurité sociale.

#### 1. Cadre réglementaire et principes généraux

En vertu des Règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009, ainsi que des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale que la Belgique a conclus avec d'autres pays et qui prévoient une prise en charge des prestations de santé (immédiatement) nécessaires pendant un séjour temporaire, un assuré belge bénéficie, pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'autre pays, de l'accès aux soins de santé du système de santé public ainsi qu'à la prise en charge de ceux-ci dans les mêmes conditions et procédures que les assurés sociaux du pays de séjour. Les soins de santé lui sont prodigués et remboursés par les organismes assureurs des pays des soins pour le compte de l'assurance maladie belge.

Lorsque l'assuré de la législation belge n'a pas accompli les formalités de remboursement dans le pays de séjour, il adresse ses factures ainsi que ses preuves de paiement à son organisme assureur belge qui poursuit la procédure de prise en charge soit en application de la nomenclature du pays de séjour ou, selon le cas, en application de la nomenclature belge.

Dans tous les cas, le remboursement accordé à l'assuré ne peut pas dépasser le montant des frais réellement consentis.

### 1.1. Règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale

**§ 1<sup>er</sup>.** Le principe de base des *règlements européens* est que les frais inhérents aux soins de santé prodigués sont remboursés aux tarifs appliqués pour le remboursement par l'institution du lieu de séjour. L'assuré belge qui a partiellement ou intégralement payé les frais inhérents aux prestations de santé doit en principe effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir le remboursement auprès des organismes d'assurance soins de santé de l'État de séjour (art. 25, § 4, du Règlement (CE) n° 987/2009).

Si l'assuré belge n'a pas introduit de demande de remboursement de ces frais directement auprès de l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori* (art. 25, § 5, du Règlement (CE) n° 987/2009).

**§ 2.** Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut, en vertu de l'article 25, § 6, du Règlement (CE) n° 987/2009, accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

**§ 3.** Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas de tarifs de remboursement, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge sans l'accord de l'assuré (art. 25, § 7, du Règlement (CE) n° 987/2009).

### 1.2. Accords bilatéraux en matière de sécurité sociale



**§ 1<sup>er</sup>.** Un principe similaire est d'application dans les conventions bilatérales liant la Belgique à certains États et qui prévoient le droit à des prestations de santé en cas de séjour temporaire sur le territoire de l'autre État contractant.

En vertu de ces conventions, si l'assuré belge n'a pas pu effectuer les formalités nécessaires pendant son séjour temporaire pour demander le remboursement à l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori*.

**§ 2.** Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à condition que l'assuré marque son accord et que le montant des frais encourus ne dépasse pas un certain montant (qui peut varier d'un pays à l'autre).

### 1.3. Article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Pour être exhaustif, soulignons encore qu'en vertu de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'assuré social peut prétendre à une intervention dans les coûts des prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à l'exception de la situation décrite dans le point 2.3., § 2.

-  **Exemple 1** : intervention dans le coût de soins médicaux reçus en Turquie après l'expiration de la durée de validité du formulaire BT.8 (45 jours max., non renouvelable).
-  **Exemple 2** : intervention dans les frais occasionnés par une admission dans un hôpital privé en Espagne, la CEAM ne pouvant pas être utilisée parce qu'elle couvre uniquement les soins médicaux prodigués par des dispensateurs travaillant dans le réseau du système de soins de santé public.

## 2. Remboursement de prestations de santé dispensées à l'étranger

Complémentaire aux règles générales étayées dans le point 1, lorsqu'ils reçoivent les documents relatifs à des prestations de santé qui ont été dispensées lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les organismes assureurs peuvent procéder de la manière suivante pour octroyer une intervention dans les frais.

### 2.1. Prestations reçues dans un État membre de l'Espace Économique Européen ou en Suisse

- a. Si le montant des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200 EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage moyen de 75 % et selon les modalités suivantes :
  - (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, ...) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
  - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p. ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).




- ce mode de remboursement ne peut pas être appliqué aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui n'est pas lié au système d'assurance soins de santé de l'État de séjour
- l'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application des règles des Règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 (soit l'application des tarifs de l'État des soins) ou, si le type de ses soins le permet, l'application de la nomenclature belge (p. ex. l'art. 294, § 1<sup>er</sup>, 12<sup>o</sup> de l'A.R. du 03.07.1996).

- b) Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser en application du tarif de l'État de séjour ;
  - (ii) soit accorder une intervention dans les frais consentis aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

## 2.2. Prestations de santé reçues au Maroc, en Algérie, en Tunisie, Turquie, Albanie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Serbie ou au Monténégro

- a. Si le montant des frais consentis ne dépasse pas la contre-valeur de 200 EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %, selon les modalités suivantes :
- (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, ...) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
  - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (pour le taxi, un restaurant, etc. par ex.) .

 L'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application de la convention bilatérale concernée (soit l'application des tarifs de l'État ou les soins ont été reçus) ou, si le type de ses soins le permet, l'application de la nomenclature belge (par ex. l'art. 294, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> de l'A.R. du 03.07.1996).

- b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR et est inférieur à 500 EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais au tarif de remboursement du pays de séjour ;
  - (ii) soit accorder une intervention dans les frais encourus, aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.
- c. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 500 EUR, l'organisme assureur doit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais encourus au tarif de remboursement du pays de séjour.
- d. Les points a, b et c ci-dessus sont d'application aux soins de santé reçus après :
- le 1<sup>er</sup> juillet 2012, en ce qui concerne l'Algérie, la Turquie, la Macédoine, la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et le Monténégro
  - le 1<sup>er</sup> mai 2014, en ce qui concerne le Maroc
  - le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en ce qui concerne l'Albanie
  - le 1<sup>er</sup> mai 2017, en ce qui concerne la Tunisie.

e. **Particularité** : les prestations de santé reçues en Tunisie.

Dans les cas où un assuré belge séjournant en Tunisie a fait appel au service de l'assurance complémentaire de sa mutualité qui est intervenu directement dans le paiement des soins de santé encourus sur place, la convention belgo-tunisienne ne peut plus être appliquée. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ne peut être envisagée que si les soins en question répondent aux conditions prévues par l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

### 2.3. Dispositions complémentaires

**§ 1<sup>er</sup>.** Lorsque un organisme assureur constate, suite à une demande de tarification introduite à l'étranger, qu'il n'y a pas d'intervention de l'assurance maladie de l'État de séjour, il ne peut également y avoir aucune intervention dans les frais en question en application du principe de remboursement par pourcentage moyen. Le remboursement sera exclusivement examiné en application de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

**§ 2. Attention :** le remboursement en application des tarifs et modalités de l'assurance obligatoire soins de santé belge ne peut être envisagé lorsque le bénéficiaire des soins (pensionnés, membre de famille de pensionnés, membre de famille des travailleurs/indépendants) réside dans un des États repris dans l'annexe n° 3 du Règlement (CE) n° 987/2009 et que les soins en question ont été dispensés par un prestataire privé ou reçus dans une institution de soins privé qui ne rentrent pas dans *le système public des soins de santé de l'État de séjour*. Dans ce cas, les dépenses de soins de santé sont à charge de l'État de résidence.

**§ 3.** À titre de confirmation du fait que l'assuré ne souhaite pas recourir à la prise en charge des soins reçus au tarif de l'État de séjour, les organismes assureurs doivent conserver, dans son dossier administratif, une copie de son accord (sous format papier ou sous format électronique) chaque fois qu'ils accordent le remboursement en application :

- du système de remboursement au pourcentage moyen de 75 % et lorsque le montant des frais exposés n'excède pas le plafond des 200 EUR (application des points 2.1.a. et 2.2.a. de la présente circ.)
- du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge si le montant des frais exposés par l'assuré est supérieur à 200 EUR (application des points 2.1.b. et 2.2.b. de la présente circ.)

## 3. Recours forcé à l'octroi d'une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé

Si on constate qu'une demande de tarification (SED067, formulaire E.126 ou formulaire bilatéral équivalent) envoyée dans les règles à l'institution étrangère compétente ne reçoit pas de réponse dans un délai de trois mois, un rappel est envoyé à cette institution. Une fois un nouveau délai de trois mois écoulé, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge si l'institution étrangère compétente n'a pas réagi.

## 4. Modalités de prescription

Dans les dossiers où on utilise le pourcentage de remboursement moyen, il faut respecter le délai prévu à l'article 174, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à savoir deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été dispensés.

Une fois ce délai dépassé, seul l'envoi d'une demande de tarification à l'institution compétente du lieu de séjour reste possible. Remarquons que les règles relatives à la prescription sont celles prévues par les dispositions de la législation du pays où les soins ont été reçus.

## 5. Données statistiques

L'intérêt croissant pour la mobilité transfrontalière des patients et l'existence d'obligations financières y afférentes pour l'assurance obligatoire soins de santé, ont démontré la nécessité de données statistiques correctes.

En vue de l'évaluation éventuelle de l'application de cette circulaire O.A., il est demandé aux organismes assureurs de rassembler des données concernant :

- a. l'intervention dans les frais liés aux prestations de santé qu'un bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçus pendant un séjour temporaire à l'étranger.

Pour chaque année civile, l'INAMI souhaite disposer des données suivantes :

- (i) pour le nombre de demandes de tarification envoyées à l'étranger :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties
- l'intervention accordée telle qu'elle a été communiquée par l'institution étrangère du pays de séjour.

- (ii) pour le nombre de dossiers auxquels un pourcentage moyen de remboursement a été appliqué :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties,
- l'intervention accordée.

- b. le nombre de cas pour lesquels les organismes assureurs ont été obligés d'accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge conformément au point 3.1. de la présente circulaire pour que l'INAMI puisse, le cas échéant, intervenir auprès des autorités compétentes des pays concernés.

Les données statistiques relatives à une année, seront transmises par les organismes assureurs au service des soins de santé – Direction relations internationales de l'INAMI, **avant la fin du mois de mai de l'année suivante**. Ces données seront transmises par voie électronique (en utilisant le modèle *Excel* en annexe).<sup>1</sup>

En vigueur à partir du 23 mars 2018 (abroge la circulaire O.A. n° 2015/275 - 80/110 du 15 .09.2015)



Circulaire O.A. n° 2018/109 – 80/116 du 30 mars 2018.

1. Non publié ici.