



GLOSSAIRE

Allocation de retraite complémentaire :

Revenu complétant les prestations versées par le régime de base. Cette allocation est calculée sur la base d'un système par points acquis durant toute la carrière professionnelle jusqu'au départ à la retraite.

Allocation de veuvage :

Indemnité temporaire (2 ans maximum) versée au conjoint survivant d'un assuré décédé, lorsque le demandeur ne remplit pas les conditions d'âge pour bénéficier d'une pension de réversion et sous réserve de ressources inférieures à un plafond.

Arrêt Vanbraekel :

Complétant sa jurisprudence relative aux autorisations préalables liées aux traitements médicaux suivis dans un autre État membre, la Cour de justice se prononce sur la prise en charge financière des soins lors d'une intervention hospitalière. Un assuré social auquel a été à tort refusé une autorisation de se faire hospitaliser dans un autre État membre que son État d'affiliation a cependant droit au remboursement des frais engagés si l'autorisation est accordée postérieurement à cette hospitalisation, le cas échéant par voie judiciaire. Le remboursement doit être au moins identique à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son État membre d'affiliation.

Capital décès :

Prestations en espèces d'assurance décès versées sous forme d'indemnité, par ordre de priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective totale et permanente de l'assuré.

Créances présentées par la France :

Dépenses engagées sur le territoire français par les assurés des États avec lesquels des accords de sécurité sociale visant le risque maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles ont été conclus (dans le cadre des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination) et pour lesquels la France demande le remboursement aux États concernés.

Conventions transfrontalières :

Accords signés entre les caisses françaises de sécurité sociale et des établissements de soins se situant dans des régions frontalières de la France.

Détachement de plein droit :

On entend par « détachement » le fait de maintenir au régime de protection sociale du pays habituel d'emploi un travailleur qui va, durant un temps déterminé, exécuter un travail, pour le compte de son employeur habituel, sur le territoire d'un autre État.

Détachements « entrants » :

Il s'agit, dans le cadre de la procédure du détachement, de formulaires émis pour des personnes assujetties à des régimes étrangers de protection sociale et qui viennent travailler en France.

Détachements « sortants » :

Il s'agit, dans le cadre de la procédure du détachement, de formulaires émis pour des personnes assujetties au régime français de protection sociale et qui sont missionnées pour un travail à l'étranger.

Dettes présentées/notifiées à la France :

Remboursements des dépenses engagées hors du territoire français par les assurés des régimes français de sécurité sociale et correspondant à des prestations en nature maladie-maternité-paternité ou accidents du travail-maladies professionnelles réglées en application des règlements européens, des conventions bilatérales ou des décrets de coordination. Les dettes présentées/notifiées au cours d'un exercice correspondent généralement à des prestations en nature réglées par les organismes étrangers au cours des années précédentes.

Factures (dépenses réelles) :

Montants des prestations en nature (soins médicaux, dentaires, hospitalisations, médicaments et autres prestations) tels qu'ils ressortent de la comptabilité des institutions financières, et remboursés par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations.

Forfaits :

Montants des prestations en nature remboursés par les institutions compétentes aux institutions du lieu de résidence qui ont servi des prestations, sur la base d'un forfait aussi proche que possible des dépenses réelles. Ce forfait est établi, pour chaque année civile, à partir du coût moyen annuel des soins de santé dans le pays de résidence.

Pension d'invalidité :

Prolongement de l'assurance maladie, l'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré invalide une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail ou de gain. Est considéré comme invalide, l'assuré social qui n'a pas atteint l'âge légal de la retraite, qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale de la profession qu'il exerçait avant l'arrêt de travail ou la constatation de l'état d'invalidité.

Pension de survivant invalide :

Pour prétendre à cet avantage, le conjoint survivant doit être âgé de moins de 55 ans, être atteint d'une invalidité permanente réduisant de 2/3 sa capacité de travail ou de gain, et ne pas disposer de ressources supérieures à un certain plafond. Le montant de la pension est égal à 54 % de la pension dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt.

Pension de vieillesse :

Revenu perçu par la personne ayant liquidé sa retraite. Son montant dépend de la durée d'assurance, du salaire annuel de base, du taux qui varie en fonction de la durée d'assurance et des périodes reconnues équivalentes ou en fonction de l'âge.

Pension de réversion :

Après le décès du bénéficiaire de la pension, les proches peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une pension dite de réversion.



**Pluriactivité** (règlements européens uniquement) :

Une personne est dite « pluriactive » lorsqu'elle exerce simultanément ou en alternance une ou plusieurs activité(s) salariée(s) ou non salariée(s) sur le territoire de deux ou plusieurs Etats membres de l'UE-EEE-Suisse.

Prestations en espèces d'incapacité temporaire :

Elles sont versées, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits, par l'Assurance maladie aux travailleurs pour compenser la perte de salaire pendant un arrêt de travail (maladie, maternité et/ou paternité, accident du travail, maladie professionnelle).

Prestations familiales exportables (règlements européens) :

Les allocations familiales ainsi que leurs majorations et le forfait familial, la PAJE, le complément familial, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de son complément, l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Les prestations familiales sont destinées, sans condition de nationalité ni, pour certaines, de ressources, aux personnes seules ou vivant en couple ayant un ou plusieurs enfants à charge, et en l'occurrence pour les ressortissants étrangers, sous réserve de répondre de la régularité de sa situation en France.

Rente AT-MP (accident du travail/maladie professionnelle) :

Revenu périodique attribué pour réparation d'un dommage à la suite d'une incapacité permanente, partielle ou totale due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. On distingue les rentes de victimes et les rentes de survivants.

Résidence hors de l'État compétent :

Personne assurée ou membres de sa famille qui réside(nt) dans un État autre que l'État compétent et bénéficie(nt) dans l'État 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 si elle/ils étai(en)t assuré(e)(s) en vertu de cette législation.

Séjour temporaire :

Cf. soins médicalement nécessaires ci-dessous.

Soins liés à la résidence :

Prestations servies aux travailleurs ou retraités résidant dans un Etat autre que l'Etat d'emploi ou que l'Etat débiteur de la pension.

Soins médicalement nécessaires :

Prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire au sein d'un pays de l'UE-EEE-Suisse ou aux assurés de régimes de l'UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

Soins programmés :

Prestations servies aux assurés des régimes français qui se rendent à l'étranger ou aux assurés des régimes étrangers qui se rendent en France afin d'entreprendre ou de poursuivre des soins prévus. Une autorisation est alors délivrée par l'institution compétente, à savoir celle qui prendra les frais à sa charge.

Soins urgents :

Prestations servies aux assurés des régimes français (touristes, pensionnés, travailleurs détachés ou étudiants) qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire en dehors de la zone UE-EEE-Suisse ou aux assurés des régimes hors UE-EEE-Suisse qui ont eu besoin de se faire soigner lors d'un séjour temporaire sur le territoire français.

Travailleur frontalier :

Au sens des règlements européens de coordination en matière de sécurité sociale, le travailleur frontalier désigne toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.