



Manuel à l'attention des patients

*Le droit des patients
d'accéder à des soins de
santé dans tout pays de
l'UE*/EEE**

Manuel à l'attention des patients

Le droit des patients d'accéder à des soins de santé dans tout pays de l'UE*/EEE*¹

Soins de santé transfrontaliers*

Saviez-vous qu'en vertu du droit de l'Union, vous avez le droit de consulter un prestataire de soins de santé, un hôpital ou un pharmacien dans n'importe quel pays de l'UE/EEE* et de bénéficier de la prise en charge des frais médicaux par votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine*?*

En vertu de la **directive 2011/24/UE relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers***, chaque citoyen de l'UE*/EEE* dispose de *nouvelles possibilités d'accéder à des soins de santé à l'étranger* et bénéficie de la prise en charge de tout ou partie des frais médicaux, en plus des possibilités déjà prévues par les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*.

En outre, la directive 2011/24/UE* *facilite l'accès aux informations* relatives à tous les aspects pertinents des soins de santé transfrontaliers*. Afin d'assurer la clarté et l'accessibilité des informations, des points de contact nationaux pour les soins de santé transfrontaliers (PCN) ont été mis en place dans chaque pays de l'UE*/EEE*.

Afin de garantir des soins de santé sûrs et de qualité à l'étranger, la directive 2011/24/UE prévoit un *ensemble minimal de droits des patients*, destiné à renforcer la position juridique des patients mobiles et à garantir la transparence des procédures de dépôt de plainte et de demande de réparation en cas de problème.

Enfin, en encourageant la *coopération entre les pays* (par exemple par la mise en place des réseaux européens de référence*), les patients ayant besoin d'un traitement spécialisé ou les patients atteints de maladies rares ont la possibilité de choisir parmi un éventail plus large de prestataires de soins de santé et d'accéder plus facilement à des traitements alternatifs ou spécialisés à l'étranger.

Consultez le présent manuel pour en savoir plus...

¹ Pour chaque concept directement suivi d'un astérisque (*) dans le présent manuel, des définitions et explications correspondantes sont fournies dans le glossaire alphabétique joint.

Clause de non-responsabilité

Le présent document a été réalisé dans le cadre du Programme Santé (2014-2020) et d'un contrat spécifique avec l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (CHAFEA) qui agit sous mandat de la Commission européenne. Le contenu du présent rapport représente le point de vue du contractant et relève de sa seule responsabilité; il ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de la Commission européenne et/ou de la CHAFEA ou de tout autre organe de l'Union européenne. La Commission européenne et/ou la CHAFEA ne garantissent pas l'exactitude des données contenues dans ce rapport et n'assument aucune responsabilité quant à leur utilisation par des tiers.

Le droit des patients d'accéder à des soins de santé dans tout autre pays de l'UE*/EEE*



① Soins de santé à l'étranger

Saviez-vous qu'en tant que citoyen(ne) de l'UE*/EEE*, vous avez le **droit d'accéder à un diagnostic médical, à un traitement médical ou à une prescription dans tout autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse*** (ce que l'on appelle également les soins de santé transfrontaliers)?

Lorsque vous accédez à des services de santé à l'étranger, vous êtes libre d'organiser et de payer le traitement à titre privé ou dans le cadre d'une assurance maladie privée*. Toutefois, en vertu du droit de l'Union, vous pouvez également avoir droit à la **prise en charge des frais encourus à l'étranger au nom de votre système de sécurité sociale**.

Deux voies possibles:

Il existe deux voies différentes pour accéder aux soins de santé à l'étranger et bénéficier de la prise en charge des frais par votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* en vertu du droit de l'Union:

- 1) **Les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale***
- 2) **La directive 2011/24/UE relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*.**

Il convient de noter que l'éventail des services de santé couverts, les conditions d'accès à un traitement médical* ainsi que les implications financières seront différents selon la voie choisie.

Au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, vous avez droit à la prise en charge des frais de traitement à l'étranger **comme si vous étiez assuré(e) dans le système de sécurité sociale du pays concerné**.

Au titre de la directive 2011/24/UE, vous avez droit à la prise en charge des frais de traitement à l'étranger **comme si le traitement était dispensé dans votre pays d'origine***.

Deux situations différentes:

Deux situations différentes de soins de santé transfrontaliers* sont envisagées:

Traitement médical non programmé* à l'étranger

Si vous êtes couvert(e)/assuré(e) par le service national de santé* ou le régime d'assurance maladie obligatoire* d'un pays de l'UE*/EEE*, vous serez également couvert(e) pour tout **traitement nécessaire d'un point de vue médical*** en raison d'une **maladie ou blessure soudaine** pendant un séjour temporaire à l'étranger, tel que **des vacances, un voyage d'affaires, une visite familiale ou un échange universitaire**.

Traitement médical programmé* à l'étranger

Si vous êtes couvert(e)/assuré(e) par le service national de santé* ou le régime d'assurance maladie obligatoire* d'un pays de l'UE*/EEE*, vous avez le droit d'accéder à des soins de santé dans n'importe quel pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse*, par exemple pour **consulter un spécialiste reconnu ou suivre un traitement hospitalier ou un traitement spécialisé pour une affection spécifique**. Dans ce cas de figure, les soins de santé constituent le motif de votre séjour à l'étranger.

② Soins de santé non programmés à l'étranger

Si vous êtes assuré(e) par le régime de sécurité sociale d'un pays de l'UE*/EEE*, vous serez également couvert(e) pour tout **traitement nécessaire d'un point de vue médical*** pendant un **séjour temporaire dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse***.

- Vous avez le droit de recevoir un traitement médical couvert* (diagnostic, consultation, traitement médical ou chirurgical, médicaments sur ordonnance,...)
- en raison d'une **maladie ou blessure soudaine**
- lors d'un séjour temporaire à l'étranger, tel que **des vacances, un voyage d'affaires, une visite familiale ou un échange universitaire**.

Un traitement non programmé* est un traitement nécessaire d'un point de vue médical* qui **ne peut pas être postposé** et que vous devez recevoir afin d'éviter d'être contraint(e) de rentrer chez vous avant la fin de la durée prévue de votre séjour.

Le traitement médical doit être **imprévu** et ne peut en aucun cas avoir été la raison initiale de votre séjour à l'étranger (pour les traitements programmés à l'étranger, voir la section 3).

Veillez noter que les frais supplémentaires de voyage et de séjour, ou les frais supplémentaires pour le rapatriement et les services de secours ne sont pas couverts par le régime public de soins de santé. Ces frais peuvent toutefois être couverts par votre assurance maladie complémentaire ou privée, ou par votre assurance voyage.

2.1. Soins de santé transfrontaliers non programmés au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale

Sur présentation de votre **carte européenne d'assurance maladie*** (CEAM*), en vertu des **règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale***, vous avez le droit de:

- recevoir un **traitement nécessaire d'un point de vue médical*** dans un autre pays de l'UE/EEE* ou en Suisse*
- **dans les mêmes conditions** (honoraires, règles de remboursement, etc.) que les personnes couvertes/assurées par le service national de santé* ou le régime d'assurance maladie obligatoire* de ce pays, et donc
- comme si vous étiez un **patient couvert par l'assurance maladie publique***, ayant droit à des soins couverts ou dispensés par l'État dans ce pays.

Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Afin d'avoir accès à tout traitement nécessaire d'un point de vue médical en vertu des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, vous devez

toujours emporter votre **carte européenne d'assurance maladie*** (CEAM*) avec vous lorsque vous voyagez à l'étranger.

La carte européenne d'assurance maladie* est le document prouvant que vous êtes couvert(e)/assuré(e) par le service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire* d'un pays de l'UE*/EEE* et que vous avez donc également droit aux soins de santé couverts ou dispensés par l'État en cas de maladie ou de blessure soudaine pendant votre séjour (vacances, voyage d'affaires, visite familiale, etc.) dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse*.

Quels traitements sont couverts par la carte européenne d'assurance maladie?

La carte européenne d'assurance maladie* ne couvre que les traitements non programmés* dispensés par un **prestataire de soins de santé public***. En règle générale, les traitements dispensés par des prestataires de soins de santé/hôpitaux privés ne sont pas couverts, à moins qu'ils ne soient conventionnés/affiliés au service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire* du pays concerné.

REMARQUE – Prestataires de soins de santé à l'étranger

Afin d'obtenir des informations sur les prestataires de soins de santé publics* et privés* habilités à fournir des soins couverts (c'est-à-dire conventionnés/affiliés au service national de santé*/à l'assurance maladie obligatoire*), veuillez contacter le point de contact national* de votre pays de traitement*.

Le **traitement non programmé** doit être **imprévu** et ne peut en aucun cas avoir été la raison initiale de votre séjour à l'étranger. Un traitement non programmé peut être défini comme suit:

- un traitement **nécessaire d'un point de vue médical***
- en raison d'une **maladie ou blessure soudaine**,
- qui **ne peut pas être postposé** et
- que vous devez recevoir afin **d'éviter d'être contraint(e) de rentrer chez vous** avant la fin de la durée prévue de votre séjour.

En outre, vous n'aurez droit qu'aux traitements médicaux inclus dans **l'éventail des prestations de maladie couvertes par le service national de santé*/l'assurance maladie obligatoire* du pays de votre visite**.

Par conséquent, vous pourriez bénéficier d'une prise en charge de frais de traitement qui ne sont pas couverts dans votre pays d'origine*. Au contraire, il peut arriver que vous ayez droit à un traitement particulier dans votre pays d'origine*, mais que ce même traitement ne soit pas compris dans l'éventail des prestations couvertes du pays de votre visite. Dans ce dernier cas, vous n'aurez pas droit à la prise en charge des frais lorsque vous recevrez le traitement concerné dans le pays de votre visite.

REMARQUE – C'est le prestataire de soins de santé à l'étranger qui décide in fine du type de traitement qu'il dispense (en respectant votre droit au consentement éclairé).

Il relève de la compétence du prestataire de soins de santé à l'étranger de déterminer si le traitement est nécessaire d'un point de vue médical* ou non. Le type de traitement dont vous avez besoin ainsi que la durée prévue de votre séjour seront pris en compte pour déterminer si le traitement peut être postposé ou non.

Le traitement auquel vous avez droit dépendra de la législation applicable dans le pays de votre visite. Le système de santé public étranger ne peut pas être contraint de vous fournir un traitement spécifique lorsque celui-ci n'est pas couvert dans le pays concerné, même lorsque vous avez droit à un tel traitement dans votre pays d'origine*.

Maladie chronique ou grossesse

Le traitement est également considéré comme non programmé* lorsque vous souffrez d'une **maladie chronique** (p. ex. diabète, asthme, cancer ou maladie rénale chronique) ou lorsque vous êtes **enceinte** et que vous savez à l'avance qu'il est possible que vous ayez besoin d'un traitement médical* pendant votre séjour à l'étranger. Tant que l'objectif explicite de votre voyage n'était pas d'accéder à un traitement médical à l'étranger, par exemple accoucher ou recevoir un traitement concernant une grossesse ou une maladie chronique, ce traitement sera considéré comme non programmé*.

Pour les maladies chroniques nécessitant du matériel ou du personnel spécialisé, veuillez à prendre des dispositions avec l'hôpital ou l'établissement de santé à l'étranger au préalable afin de garantir la disponibilité et la poursuite du traitement.

! Restrictions à l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie:

- **Les ressortissants de pays tiers à l'UE*/EEE*** résidant légalement dans un pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* ne peuvent pas utiliser leur carte européenne d'assurance maladie* pour un traitement non programmé* pendant un séjour temporaire **au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse**.
- La carte européenne d'assurance maladie* ne peut pas être utilisée pour des soins non programmés dispensés par un **prestataire de soins de santé privé*** (! à moins que le prestataire de soins de santé privé ne soit conventionné/affilié au service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire*).
- La carte européenne d'assurance maladie* ne peut pas être utilisée pour les **soins programmés** (voir la section 3).
- La carte européenne d'assurance maladie* ne peut pas être utilisée pour la prise en charge des frais **de secours ou de rapatriement**. Cette carte ne constitue pas une alternative à l'assurance maladie complémentaire ou privée* et à l'assurance voyage.

Qui peut bénéficier de la carte européenne d'assurance maladie?

- **Les ressortissants de l'UE*/EEE*** couverts/assurés par le service national de santé* ou le régime d'assurance maladie obligatoire* d'un pays de l'UE*/EEE*;

- **Les ressortissants de pays tiers à l'UE*/EEE*** résidant légalement dans un pays de l'UE*/EEE* couverts/assurés par le service national de santé* ou le régime d'assurance maladie obligatoire* de ce pays. *Toutefois, les ressortissants de pays tiers à l'UE*/EEE* ne peuvent pas utiliser leur carte européenne d'assurance maladie* pour un traitement non programmé pendant un séjour temporaire au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse.*

Demander la carte européenne d'assurance maladie

- Vous pouvez demander la carte européenne d'assurance maladie* **auprès du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*** responsable de la prise en charge de vos frais médicaux dans votre pays de résidence. Dans certains cas, le service de commande de votre carte est offert en ligne.
- La carte européenne d'assurance maladie* est individuelle. **Chaque membre de la famille** doit avoir sa propre carte.
- La carte européenne d'assurance maladie* est **gratuite**.
- Lorsque vous prévoyez de voyager à l'étranger, assurez-vous toujours de **commander votre carte bien à l'avance** avant votre départ. Au besoin, assurez-vous que votre carte est renouvelée à temps.

Remboursement et coût

Présentez votre carte européenne d'assurance maladie* (CEAM*) au prestataire de soins de santé, à l'hôpital ou au pharmacien à l'étranger.

Vous recevrez un traitement **dans les mêmes conditions et au même prix que les patients couverts par le service national de santé*/l'assurance maladie obligatoire* du pays de votre séjour** (voir la section 6).

Tout comme les patients locaux, vous n'avez pas à payer le traitement ou vous ne payez que le ticket modérateur*. Lorsque vous devez payer tous les frais à l'avance, vous pouvez être remboursé(e) rétroactivement.

Que se passe-t-il si vous n'êtes pas en possession de votre carte européenne d'assurance maladie ou si vous ne pouvez pas l'utiliser?

Si vous recevez un traitement sans carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité ou si vous ne pouvez pas utiliser votre carte, par exemple parce que vous êtes traité(e) dans un hôpital privé, vous serez traité(e) comme un **patient privé**. Dans ce cas, soit vous payez le traitement à titre privé, soit vous avez la possibilité de déposer une demande de remboursement au titre de la **directive 2011/24/UE*** (voir la section 2.2).

Si vous avez besoin d'un traitement urgent, mais que vous avez oublié d'emporter votre carte européenne d'assurance maladie*, contactez votre service national de

santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine dans les meilleurs délais. Ils pourraient être en mesure de soumettre la preuve de votre couverture d'assurance maladie aux institutions locales pour vous éviter d'avoir à payer à l'avance.

[Pour plus d'informations sur la carte européenne d'assurance maladie](#)

Pour plus d'informations sur la carte européenne d'assurance maladie* et son utilisation dans les différents États membres de l'UE*/EEE* ou en Suisse*, veuillez consulter votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* ou votre point de contact national* ou télécharger l'application CEAM* gratuite de la Commission européenne.

Plus d'informations?

- [Commission européenne](#)
- [L'Europe est à vous](#)

2.2. Soins de santé transfrontaliers non programmés au titre de la directive 2011/24/UE

Si vous n'avez pas de carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité ou si vous ne pouvez pas utiliser votre carte, par exemple parce que vous êtes traité(e) dans un hôpital privé ou parce que vous avez besoin d'un traitement qui n'est pas couvert dans le pays de traitement*, mais qui est couvert dans votre pays d'origine*, vous pourrez recevoir un traitement nécessaire d'un point de vue médical* au titre de la **directive 2011/24/UE***.

Principes clés de la directive 2011/24/UE*:

- Vous avez seulement droit aux soins couverts dans votre pays d'origine.
- Dans un premier temps, vous payez tous les frais à l'avance.
- De retour chez vous, vous pouvez déposer une demande de remboursement* auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*.
- Les tarifs de remboursement de votre pays d'origine s'appliqueront.

Au titre de cette directive, vous avez droit à la prise en charge des coûts aux mêmes conditions et tarifs **que si le traitement était fourni dans votre pays d'origine**.

La directive 2011/24/UE s'applique également aux soins de santé dispensés dans un **hôpital privé** ou par un **prestataire de soins de santé privé** qui n'est pas conventionné/affilié au régime d'assurance maladie obligatoire*. Tant que le traitement **aurait été couvert s'il avait été dispensé dans votre pays d'origine***, vous avez également droit à la prise en charge des frais lorsque vous le recevez dans un autre pays de l'UE*/EEE*, indépendamment du fait que le traitement soit dispensé par un prestataire de soins de santé public ou privé. La directive 2011/24/UE ne s'applique toutefois pas aux traitements transfrontaliers reçus en **Suisse***.

Vous serez remboursé(e) rétroactivement **jusqu'à concurrence du montant qui aurait été pris en charge si le traitement avait été effectué dans votre pays d'origine** (voir la section 6).

③ Soins de santé programmés à l'étranger

En cas de **traitement programmé***, vous vous rendez dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* dans le but explicite d'accéder à un traitement médical*. Sachez que les traitements seront également considérés comme programmés lorsque vous cherchez à obtenir des soins de santé pendant votre séjour à l'étranger, par exemple des vacances, qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical et qui pourraient être postposés jusqu'à votre retour à domicile.

Dans de nombreux cas, pour avoir droit à la prise en charge des frais de traitement à l'étranger, une **autorisation préalable*** du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du pays dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure sera requise avant votre départ pour l'étranger (voir la section 5).

! ATTENTION – Suisse*

Les soins de santé transfrontaliers en Suisse* ne relèvent pas du champ d'application de la directive 2011/24/UE*. Par conséquent, en vertu du droit de l'Union, vous n'avez droit au remboursement des soins de santé transfrontaliers en Suisse* qu'au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*. Par ailleurs, dans certains cas, il se peut que vous ayez des droits supplémentaires en matière de traitement en Suisse* en vertu du droit national. Veuillez consulter votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* pour connaître les options qui s'offrent à

3.1. Soins de santé transfrontaliers programmés au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale

Principe général applicable aux traitements programmés à l'étranger au titre des règlements relatifs à la sécurité sociale

Au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, vous avez droit à la prise en charge des frais de traitement dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* **comme si vous étiez assuré(e) par le système de sécurité sociale de ce pays**.

Si une autorisation préalable* vous est accordée, vous avez le droit de vous rendre dans un autre État membre de l'UE*/EEE* ou en Suisse* et d'y être traité aux mêmes conditions et au même coût que les patients couverts par l'assurance publique dans ce pays.

Autorisation préalable* (formulaire S2*)

Pour avoir droit au remboursement au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, vous devez **toujours** obtenir l'accord préalable du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie obligatoire* du pays dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure (*il existe une exception pour les personnes résidant en dehors de ce pays, voir la section 12.2*), à savoir ce que l'on appelle une **autorisation préalable***. L'autorisation préalable est accordée par le biais de la délivrance du **formulaire européen S2*** (ancien formulaire E112). Pour plus d'informations sur l'autorisation préalable et les traitements couverts, veuillez consulter la section 5.

Remboursement* et coûts

Vous bénéficiez de la prise en charge des frais de traitement à l'étranger selon **les tarifs et la procédure de paiement** en vigueur dans le **pays de traitement***. Pour en savoir plus sur vos droits à la prise en charge des frais médicaux, veuillez consulter la section 6.

Restrictions à l'applicabilité des règlements relatifs à la sécurité sociale

! Les situations suivantes de traitement programmé* à l'étranger ne sont **pas couvertes** par les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*:

- les traitements dispensés par un prestataire de soins de santé privé* ou dans un hôpital privé (à l'exception des prestataires de soins de santé privés*/hôpitaux privés conventionnés ou affiliés au service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire*);
- les services de télémédecine*, dans la mesure où les règlements exigent expressément le déplacement physique et la présence du patient dans le pays du traitement, où est établi le prestataire de soins de santé;
- les traitements dispensés sans autorisation préalable* du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*.

3.2. Soins de santé transfrontaliers programmés au titre de la directive 2011/24/UE

Principe général applicable aux traitements programmés à l'étranger au titre de la directive 2011/24/UE

Au titre de la **directive 2011/24/UE*** relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, vous avez droit à la prise en charge des frais de traitement à l'étranger **comme si le traitement était dispensé dans votre pays d'origine**.

Dans un premier temps, vous payez tous les frais médicaux par paiement anticipé*. À votre retour, vous pouvez déposer une demande de remboursement auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. Celui-ci vous remboursera en fonction des **tarifs nationaux appliqués pour le même traitement dans votre pays d'origine** (voir la section 6 sur le remboursement et les coûts).

Traitements couverts

À quels traitements ai-je droit au titre de la directive 2011/24/UE*?

- Vous n'avez droit qu'aux **traitements compris dans l'éventail des prestations de maladie couvertes** par la législation en matière de sécurité sociale de **votre pays de résidence**. En d'autres termes, vous n'aurez droit au remboursement* que si vous auriez droit à la prise en charge des frais pour le même traitement dans votre pays d'origine*.

- Vous êtes libre de choisir un prestataire de soins de santé public* ou privé* dans le pays de traitement*. Contrairement à ce qui est prévu au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, les traitements dispensés par un **prestataire de soins de santé privé* ou un hôpital privé seront également couverts**.
- La directive 2011/24/UE* s'applique également aux services de **télé médecine*** transfrontaliers (c.-à-d. *services de soins de santé prestés à distance au moyen de TIC*). Le déplacement physique et la présence du patient dans le pays du traitement ne sont pas nécessaires. Dans la mesure où le service de télé médecine* est fourni par un prestataire de soins de santé établi dans un autre pays de l'UE*/EEE*, la directive peut s'appliquer.

Veillez noter que les services de soins de santé suivants sont **exclus du champ d'application de la directive 2011/24/UE***: les soins de longue durée*, la transplantation d'organes* et les programmes de vaccination publique*.

Autorisation préalable

En règle générale, l'autorisation préalable* de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* n'est pas nécessaire au titre de la directive 2011/24/UE*.

Toutefois, pour certains traitements, le législateur européen a donné aux États membres la possibilité d'instaurer un système d'**autorisation préalable***. Les États membres décident, à leur discrétion, des traitements spécifiques qu'ils soumettent à une autorisation préalable*, ce qui donne lieu à un ensemble de règles différent dans chaque État membre. Toutefois, le droit de l'Union a fixé une série de règles de base pour l'autorisation préalable (voir la section 5 sur l'autorisation préalable).

Remboursement et coûts

Si vous vous faites soigner à l'étranger selon la voie prévue par la directive 2011/24/UE*, vous devez payer tous les frais médicaux **par paiement anticipé***. Vous pouvez ensuite déposer une demande de remboursement auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine. Celui-ci vous remboursera en fonction des **tarifs nationaux appliqués si le traitement n'avait pas été dispensé à l'étranger** (voir la section 6 sur le remboursement et les coûts).

Restrictions à l'applicabilité de la directive 2011/24/UE*

! La voie prévue par la directive 2011/24/UE* **ne s'applique pas** dans les situations suivantes:

- les soins de santé transfrontaliers en Suisse*;
- les soins de longue durée*, la transplantation d'organes* et les programmes de vaccination publique*;
- les traitements qui ne sont pas couverts par le service national de santé*/l'assurance maladie obligatoire* dans votre pays d'origine.

3.3. Avantages et inconvénients des traitements programmés au titre des règlements relatifs à la sécurité sociale ou de la directive 2011/24/UE

Règlements relatifs à la sécurité sociale	Directive 2011/24/UE*
<p>Avantages:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous serez traité(e) comme un patient couvert par l'assurance maladie publique. • Dans certains cas, vous pouvez recevoir des soins de santé qui ne sont pas compris dans l'éventail des prestations couvertes dans votre pays d'origine*. • Le risque financier que le niveau des coûts à l'étranger dépasse le niveau des coûts du traitement à domicile est supporté par votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. • Dans la plupart des cas, le traitement sera gratuit et vous n'aurez qu'à payer un éventuel ticket modérateur*. • Vos frais de déplacement et de séjour seront pris en charge s'ils l'auraient été si le traitement avait eu lieu dans votre pays d'origine*. • Par le biais de l'application du complément Vanbraekel*, en cas de traitement programmé*, vous pouvez avoir droit au remboursement de tout ou partie du ticket modérateur*. • Lorsque les frais sont réglés directement entre le prestataire de soins de santé et le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* (tiers payant*), aucun frais ne sera encouru pour la traduction des factures. 	<p>Avantages:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable* pour un large éventail de traitements. • Lorsqu'une autorisation préalable* est requise, votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* ne peut refuser votre demande que pour des motifs de refus limités. • Vous êtes libre de consulter des prestataires de soins de santé privés* ou de vous rendre dans des hôpitaux privés. • En cas de taux de remboursement* plus élevés dans votre pays d'origine*, vous pouvez bénéficier d'un traitement à moindre coût. • Si aucune autorisation préalable* n'est requise, vous pourriez avoir accès à un traitement médical* plus rapidement.
<p>Inconvénients:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une autorisation préalable* (formulaire S2*) du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* est requise pour tout type de soins de santé transfrontaliers*. • Les règlements ne s'appliquent généralement pas aux hôpitaux privés et aux prestataires de soins de santé privés*, à moins qu'ils ne soient conventionnés/affiliés au système de santé obligatoire. • Si vous n'êtes pas en possession d'une CEAM* en cours de validité ou d'un formulaire S2*, vous n'aurez pas droit à la prise en charge des frais. 	<p>Inconvénients:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous devrez assumer vous-même le risque financier que le niveau des coûts à l'étranger dépasse le niveau des coûts du traitement à domicile. • Vous devrez payer tous les frais par paiement anticipé* et demander un remboursement* par la suite. • Vous aurez seulement droit à un remboursement* si le traitement est couvert dans votre pays d'origine*. • Avant de partir à l'étranger, il peut y avoir une certaine incertitude quant aux coûts que vous devrez assumer vous-même et à ceux que vous serez en mesure de recouvrer. • Les frais médicaux peuvent dépasser le montant pris en charge par votre propre service national de

santé*/prestataire d'assurance maladie*.

- La traduction des factures demandée par votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* peut entraîner des frais pour vous.

④ Droits des patients

4.1. Votre droit à l'information et au consentement éclairé

L'un des principaux objectifs de la **directive 2011/24/UE relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*** est de fournir aux patients mobiles de meilleures informations sur leurs droits. Contactez votre **point de contact national** pour obtenir davantage d'informations sur vos droits en matière de soins de santé transfrontaliers (voir la section 11).

Afin de vous aider à faire valoir vos droits en matière de traitement à l'étranger, le **prestataire de soins de santé** de l'État membre de traitement est tenu de vous fournir les informations suivantes:

- des informations sur le traitement envisagé, y compris des informations sur la procédure de traitement, les résultats escomptés, les préjudices éventuels, les risques du traitement et les soins de suivi*;
- des informations sur les différentes options de traitement;
- des informations sur les normes de qualité et de sécurité en vigueur dans le pays de traitement;
- des informations sur le prix du traitement et les coûts prévus;
- des informations sur le statut du prestataire de soins de santé en matière d'autorisation et d'enregistrement, c'est-à-dire la preuve de son droit d'exercer la médecine;
- des informations sur la couverture d'assurance du prestataire de soins de santé au titre de la responsabilité professionnelle.

Vous avez le droit au **consentement éclairé**. Avant de prendre une décision ou de donner votre accord, il est essentiel que vous compreniez dans une mesure suffisante le contenu des informations fournies. Vous ne devriez jamais accepter un traitement ou une intervention médicale si vous avez l'impression de ne pas avoir compris tout ou partie des informations fournies, ou si vous pensez avoir besoin de davantage d'informations pour prendre la bonne décision en ce qui concerne vos soins.

Assurez-vous également de fournir vous-même au prestataire de soins de santé toutes les informations et données nécessaires sur votre état de santé et vos antécédents médicaux. Ces renseignements seront essentiels pour vous fournir des soins de haute qualité en toute sécurité. N'oubliez pas qu'un niveau d'information inadéquat peut entraîner un traitement inapproprié et potentiellement dangereux (consultez également la section 4.4 sur votre droit d'accès à votre dossier médical).

Pour vous assurer d'être sur la même longueur d'onde que le prestataire de soins de santé à l'étranger, il est important de prendre en considération les éventuelles barrières linguistiques. Si vous ne parlez pas la même langue que le prestataire de soins de santé, assurez-vous d'obtenir des services d'interprétation et des documents traduits. La plupart du temps, vous serez vous-même responsable d'organiser la **traduction** des documents.

4.2. Votre droit au choix du prestataire de soins de santé

Vous avez le **droit de choisir librement votre prestataire de soins de santé ou votre hôpital** dans n'importe quel pays de l'UE*/EEE*. Vous pouvez vous rendre à l'étranger pour vous faire soigner par un spécialiste renommé. En cas d'inquiétude ou si vous changez d'avis, vous avez le droit de refuser tout traitement ou intervention médicale.

Sachez qu'en cas de traitement spécialisé, vous pourriez avoir besoin d'une **recommandation** de votre médecin généraliste à domicile ou d'un médecin généraliste dans l'État membre de traitement. Pour plus d'informations, contactez votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*.

Avant de choisir un prestataire de soins de santé, assurez-vous de recueillir suffisamment d'informations sur:

- l'autorisation d'exercice de la médecine du prestataire de soins de santé;
- le statut du prestataire de soins de santé en matière de sécurité sociale, c'est-à-dire des informations indiquant si le prestataire de soins de santé est autorisé à fournir des services couverts par le système de sécurité sociale: s'agit-il d'un prestataire de soins de santé public ou privé?
- les normes de qualité et de sécurité auxquelles le prestataire de soins de santé est soumis.

Des informations relatives au prestataire de soins de santé peuvent être obtenues auprès du point de contact national du pays de traitement, ainsi qu'auprès du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du pays en question.

Sachez que vous n'avez pas nécessairement droit à tous les soins que vous pourriez souhaiter. C'est au prestataire de soins de santé de décider quel traitement ou quelle intervention convient le mieux d'un point de vue médical, en tenant compte de votre état de santé actuel et de vos antécédents médicaux.

Le point de contact national* du pays de traitement peut vous fournir de plus amples informations sur les prestataires de soins de santé, les hôpitaux et les établissements de santé établis dans ce pays.

4.3. Votre droit à l'accessibilité des hôpitaux aux patients handicapés

En vertu de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*, les États membres sont tenus de **permettre aux personnes handicapées d'accéder, sur la base de l'égalité avec les autres, aux installations publiques**, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, tels qu'internet. À cette fin, les États membres sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires pour identifier et éliminer tous les obstacles et barrières à l'accessibilité. Toutes les zones accessibles au public de l'hôpital ou de l'établissement de santé à l'étranger devraient être facilement accessibles aux personnes handicapées, par exemple la zone d'accueil, la zone de stationnement, les couloirs, les sanitaires, les ascenseurs et les installations de restauration.

Avant de partir à l'étranger, vous avez le droit de vous informer sur l'accessibilité de l'hôpital ou de l'établissement de santé à l'étranger ainsi que sur les services supplémentaires qu'ils fournissent pour permettre l'accès et l'utilisation des installations

aux personnes handicapées. Pour plus d'informations, veuillez contacter le point de contact national* du pays de traitement*.

4.4. Votre droit d'accès à une copie de vos dossiers médicaux

Vous avez le droit de demander au prestataire de soins de santé à l'étranger de documenter votre **dossier médical***. Qui plus est, il est essentiel que vous demandiez toujours au prestataire de soins de santé à l'étranger de procéder à une telle documentation. La documentation de votre dossier médical* peut, en effet, s'avérer importante pour organiser des soins de suivi* appropriés ainsi que pour faire appel au cas où vous ne seriez pas satisfait(e) des soins fournis.

En outre, vous avez le **droit d'accéder** à toutes les données à caractère personnel* concernant votre santé **ou de disposer au moins d'une copie** de celles-ci. Plus précisément, vous avez le droit d'accéder à une copie de votre **dossier médical*** contenant des renseignements tels que le diagnostic, les résultats des examens, les évaluations réalisées par les prestataires de soins de santé traitants et des informations sur les traitements ou interventions effectués. Vos droits spécifiques d'accès à votre dossier médical* dépendront de la législation du pays de traitement. Contactez le point de contact national du pays de traitement pour plus d'informations.

Sachez que si vous devez transférer les dossiers médicaux à votre prestataire de soins de santé à domicile, vous pourriez être tenu(e) de prendre des dispositions pour la traduction.

4.5. Votre droit aux soins de suivi

Dès lors que vous avez reçu des soins à l'étranger et qu'un suivi médical s'avère nécessaire, vous avez droit à **des soins de suivi appropriés* de qualité identique dans votre pays d'origine**. Les soins de suivi* seront dispensés comme si le traitement ou l'intervention* avait également été dispensé(e) dans votre pays d'origine et non à l'étranger.

Assurez-vous d'organiser le transfert ou d'obtenir une copie des dossiers médicaux conservés par les prestataires de soins de santé vous ayant traité(e) à l'étranger afin de les présenter à vos prestataires de soins de santé de votre pays d'origine. Des soins de suivi appropriés pourront ainsi être organisés. Si nécessaire, vous devriez prendre des dispositions pour faire traduire les documents.

Assurez-vous également que le prestataire de soins de santé prescripteur soit informé de votre intention de présenter d'éventuelles prescriptions* de médicaments ou de dispositifs médicaux à un pharmacien lors du retour dans votre pays d'origine. De cette façon, le prestataire de soins de santé prescripteur peut s'assurer que la prescription est délivrée conformément aux lignes directrices relatives à une utilisation transfrontalière (voir la section 10 sur les prescriptions à l'étranger.)

4.6. Votre droit de faire appel des décisions relatives à l'autorisation préalable et au remboursement

Vous avez le droit de **faire appel de toute décision de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*** concernant votre processus d'accès à des soins à l'étranger.

Si vous n'êtes pas satisfait(e) d'une décision de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* concernant votre demande d'autorisation préalable, vous avez le droit de faire appel. Il en va de même pour les décisions relatives au remboursement des frais encourus à l'étranger.

Vos droits d'appel spécifiques dépendront de la législation applicable dans votre pays d'origine. Contactez le point de contact national de votre pays d'origine pour plus d'informations sur l'endroit où adresser votre appel, les procédures possibles, les délais prévus pour une décision ainsi que les éventuels coûts administratifs.

4.7. Votre droit de déposer une plainte et de demander réparation

Si vous n'êtes pas satisfait(e) des soins reçus à l'étranger, vous avez le **droit de déposer une plainte et de demander réparation**.

Étant donné que le traitement à l'étranger est dispensé dans le cadre de la législation médicale du pays de traitement*, la législation et le régime d'assurance de ce pays s'appliqueront en cas d'accident thérapeutique. Les plaintes et les réparations seront traitées dans le cadre du système d'assurance du patient en place dans le pays de traitement*.

Contactez le point de contact national* du pays de traitement* pour plus d'informations sur les options qui s'offrent à vous pour déposer une plainte, régler les litiges et demander réparation. Informez-vous sur les différentes procédures administratives, civiles et pénales existantes, les étapes à suivre, les délais ainsi que les coûts de procédure prévus.

4.8. Votre droit à la protection de la vie privée

Vous avez droit à la **protection de vos données à caractère personnel*** collectées et documentées par votre prestataire de soins de santé ou votre hôpital traitant à l'étranger, par le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* étranger ou toute autre instance collectant, traitant ou utilisant vos données. La législation relative à la protection des données du pays de traitement s'appliquera.

En vertu de la directive 95/46/UE*, les États membres de l'UE sont tenus d'offrir un niveau minimal de protection des données. Néanmoins, le contenu concret de la législation nationale sur la protection des données varie selon les États membres.

Le **règlement général sur la protection des données*** est le nouvel instrument juridique de l'Union européenne pour la protection des données à caractère personnel. Ce règlement contient de nouvelles garanties visant à empêcher que vos données à caractère personnel* soient utilisées à mauvais escient ou détournées. En vertu de ce règlement, vous bénéficierez du même niveau de protection dans chaque État membre de l'UE*.

Renseignez-vous sur vos droits en matière de protection de vos données à caractère personnel* documentées à l'étranger.

4.9. Votre droit à l'égalité de prix des traitements

En vertu de la directive 2011/24/UE, les prestataires de soins de santé sont tenus d'appliquer **le même barème d'honoraires** pour les soins de santé fournis aux patients en provenance de l'étranger que pour les patients nationaux se trouvant dans une situation médicale comparable. Votre prestataire de soins de santé traitant à l'étranger n'est pas autorisé à facturer des frais supplémentaires uniquement en raison du fait que vous êtes un patient en provenance d'un autre pays de l'UE*/EEE*.

Avant de partir à l'étranger, assurez-vous de recueillir des informations sur les honoraires du prestataire de soins de santé et les coûts des soins dans le pays de traitement*.

4.10. Vos droits dans le pays de traitement

Lorsque vous vous faites soigner à l'étranger, vous bénéficiez des mêmes droits que les patients nationaux, y compris:

- le droit des patients au traitement;
- le droit des patients de refuser le traitement;
- le droit des patients à l'information et au consentement éclairé;
- le droit des patients à la protection de la vie privée;
- le droit d'accès des patients aux dossiers médicaux*;
- le droit des patients à un traitement de qualité et à la sécurité;
- le droit des patients de déposer une plainte et de demander réparation;
- ...

Contactez le point de contact national* du pays de traitement* pour plus d'informations sur les droits des patients en vigueur.

⑤ Autorisation préalable pour les traitements programmés

5.1. Autorisation préalable au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale

Lorsque vous souhaitez accéder à un traitement médical* à l'étranger en vertu des règlements relatifs à la sécurité sociale*, une **autorisation préalable*** du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du pays dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure (*il existe une exception pour les personnes résidant en dehors de ce pays, voir la section 12.2*) sera nécessaire pour tout traitement, tant hospitalier qu'ambulatoire.

L'autorisation préalable est accordée par la délivrance du **formulaire européen S2*** (ancien formulaire E112). Ce document doit être présenté comme preuve d'autorisation préalable* et doit être soumis avant tout voyage à l'étranger pour traitement.

Votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* est normalement libre d'accorder ou non une autorisation préalable*. Votre demande peut être refusée pour divers motifs. Par exemple, votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* peut refuser la délivrance d'un formulaire S2* parce que le traitement ne fait pas partie des prestations de maladie couvertes par le service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire* de votre pays d'origine*.

Toutefois, l'autorisation préalable* ne peut pas être refusée dans les cas suivants:

- le traitement fait partie des prestations de maladie couvertes par le système de sécurité sociale de votre pays d'origine (en d'autres termes, vous avez droit à ce traitement chez vous) *et*
- ces soins ne peuvent vous être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de votre état de santé actuel et de l'évolution probable de votre maladie.

REMARQUE – Maladies rares

La décision d'accorder ou non l'autorisation de traitement à l'étranger relevant du pouvoir d'appréciation des services nationaux de santé* ou des prestataires d'assurance maladie*, [les patients atteints de maladies rares](#) peuvent se voir offrir la possibilité, au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*, de suivre un traitement dans un autre État membre de l'UE*/EEE* ou en Suisse*, même si [le diagnostic ou les traitements concernés ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine*](#). Dans la mesure où le traitement concerné est couvert dans le pays de traitement, une autorisation préalable peut être accordée.

! Attention: dans ce dernier cas, vous avez simplement [le droit de demander](#) une autorisation préalable*. La décision d'octroyer une autorisation préalable* relève toujours du pouvoir d'appréciation du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. L'autorisation doit toutefois être accordée sur demande dans toute situation où le traitement est couvert dans votre pays d'origine* et ne peut y être fourni dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de votre état de santé.

En cas de maladie rare, informez-vous également sur l'existence de [réseaux européens de référence*](#), qui sont des réseaux virtuels réunissant des prestataires de soins de santé spécialisés à travers l'Europe. Pour en savoir plus, veuillez consulter www.europa.eu/youreurope.

5.2. Autorisation préalable au titre de la directive 2011/24/UE

Pour certains traitements, les États membres ont la possibilité d'instaurer un système d'**autorisation préalable***. Les États membres décident, à leur discrétion, des traitements spécifiques qu'ils soumettent à une autorisation préalable*, ce qui donne lieu à un ensemble de règles différent dans chaque État membre. Toutefois, le droit de l'Union définit une série de règles de base pour l'autorisation préalable:

[Une autorisation préalable ne peut être exigée que pour certaines catégories de soins de santé](#)

- les soins de santé impliquant **une nuit d'hospitalisation**;
- les soins de santé impliquant **des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux**;
- les soins de santé présentant un risque pour la sécurité du patient (**risque de sécurité pour le patient***) ou de la population en général (**risque de sécurité pour la population dans son ensemble***);
- les soins de santé dispensés par un prestataire de soins de santé qui, en fonction des cas, pourrait donner lieu à **des préoccupations graves et spécifiques concernant la qualité et la sécurité des soins**.

[Une demande d'autorisation préalable ne peut être refusée que lorsque](#)

- le traitement présente un risque pour votre sécurité (**risque de sécurité pour le patient***) ou la sécurité de la population en général (**risque de sécurité pour la population dans son ensemble***);
- le traitement est dispensé par un prestataire de soins de santé qui, en fonction des cas, pourrait donner lieu à **des préoccupations graves et spécifiques concernant la qualité et la sécurité des soins**;
- le traitement peut également être dispensé **sur le territoire de l'État membre dans un délai acceptable sur le plan médical**, compte tenu de votre état de santé actuel et de l'évolution probable de votre maladie.

L'autorisation préalable ne peut pas être refusée lorsque

- vous avez **droit à ce traitement auprès du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* de votre pays de résidence, et**
- le traitement **ne peut être dispensé sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical**, selon
 - une évaluation médicale objective de votre état de santé,
 - l'historique et l'évolution probable de votre maladie,
 - le degré de votre douleur et/ou la nature de votre handicap au moment de votre demande.

Avant de partir pour l'étranger, consultez toujours votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* pour vous informer sur les traitements soumis à une autorisation préalable*, sur la procédure à suivre pour obtenir une telle autorisation préalable* et sur le délai prévu pour obtenir une décision. Quelle que soit la procédure nationale spécifique, vous avez droit à une décision dans un délai raisonnable.

5.3. Priorité des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*

ATTENTION: priorité des règlements relatifs à la sécurité sociale*, sauf demande explicite

Lorsque vous demandez l'autorisation préalable* nécessaire pour obtenir un traitement à l'étranger impliquant une nuit d'hospitalisation ou des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* examine toujours en premier lieu l'applicabilité des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale*.

Si les conditions pour bénéficier de soins au titre des règlements sont remplies, le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* délivre automatiquement une autorisation préalable* au titre des règlements relatifs à la sécurité sociale* (formulaire S2*). Toutefois, si vous préférez recevoir des soins au titre de la directive 2011/24/UE*, vous devrez en faire la demande explicite auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*.

⑥ Remboursement et coûts

6. 1. Remboursement et coûts au titre des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale

Tarifs appliqués dans le pays de traitement

Sur présentation d'une carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité (traitement non programmé*) ou d'un formulaire S2* (traitement programmé), vous recevrez un traitement **dans les mêmes conditions et au même prix que les patients couverts par le service national de santé*/l'assurance maladie obligatoire* du pays de votre séjour.**

En conséquence, le tarif de remboursement du pays de traitement* sera appliqué.

Méthode de paiement appliquée dans le pays de traitement

La méthode de paiement dépendra également de la législation du pays de traitement.

1) Si le traitement dont vous avez besoin est gratuit pour les résidents locaux – En d'autres termes, s'il existe un système de tiers payant*:

- soit vous n'avez rien à payer, soit vous ne payez que la partie des frais à charge du patient (ticket modérateur);
- les coûts seront réglés directement entre le prestataire de soins de santé à l'étranger et le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* de ce pays. Le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* étranger se mettra alors en contact avec votre propre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine pour obtenir un remboursement.

2) Si vous devez payer le traitement:

- vous pouvez demander un remboursement directement auprès du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* local lorsque vous vous trouvez encore dans le pays de votre séjour. Le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* étranger se mettra alors en contact avec votre propre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine pour obtenir un remboursement;
- ou vous pouvez déposer une demande de remboursement* auprès de votre propre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* à votre retour.

Ticket modérateur

Quelle que soit la méthode de paiement applicable, **vous n'aurez à prendre vous-même en charge que le coût du ticket modérateur***, c'est-à-dire la part du patient. Le montant du ticket modérateur* dépendra de la législation du pays de traitement*. Par conséquent, vous paierez le même montant que si vous étiez un patient local.

Toutefois, en cas de traitement programmé*, vous pourriez bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie des frais de ticket modérateur*. Ce que l'on appelle le **complément Vanbraekel*** doit être payé par votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* lorsque les coûts de traitement à l'étranger supportés par ce dernier sont inférieurs à ceux qu'il aurait dû prendre en charge si ce même traitement avait eu lieu sur son propre territoire.

Plus précisément, lorsque le tarif dans votre pays d'origine est plus élevé que celui du pays de traitement, vous serez remboursé(e) à hauteur du montant qui aurait été pris en charge si le traitement avait été fourni dans votre pays d'origine (sans dépasser les dépenses réelles que vous avez engagées à l'étranger).

Assurez-vous de soumettre une demande de remboursement supplémentaire dans le cadre du complément Vanbraekel*, le cas échéant.

Frais supplémentaires de voyage et de séjour

En général, seuls les frais médicaux sont couverts. Les frais supplémentaires de voyage et de séjour, tels que les frais d'hôtel, de transport ou de subsistance, ainsi que ceux de la personne qui vous accompagne, ne sont pas couverts. Toutefois, vous aurez droit au remboursement des frais supplémentaires que votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* aurait dû prendre en charge si ce même traitement avait été dispensé sur son propre territoire.

[Veuillez contacter votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* ou votre point de contact national* pour plus d'informations sur le montant des frais qui seront pris en charge et sur les coûts que vous aurez finalement à supporter vous-même.](#)

6. 2. Remboursement et coûts au titre de la directive 2011/24/UE

Tarifs appliqués dans le pays d'origine

Vous aurez droit à un remboursement selon les **tarifs nationaux appliqués si le traitement n'avait pas été dispensé à l'étranger mais dans votre propre État membre**. En conséquence, le tarif de votre pays de résidence sera appliqué.

Paiement anticipé

Dans un premier temps, vous payez vous-même tous les frais médicaux. De retour chez vous, vous pouvez soumettre une demande de remboursement* auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. Ce dernier vous remboursera rétroactivement selon les règles et taux appliqués par son propre système de sécurité sociale. Le montant auquel vous avez droit ne peut être supérieur aux frais réels que vous avez payés pour votre traitement à l'étranger.

Afin d'approuver votre demande de remboursement, votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* peut vous demander de présenter toutes sortes de documents prouvant le traitement exact que vous avez reçu et les frais que vous avez engagés. Assurez-vous de vérifier à l'avance quels sont les documents que vous devez vous procurer. En outre, le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* peut exiger que les documents soient traduits dans la langue nationale. Il se peut que vous ayez à payer vous-même les **frais de traduction**.

Ticket modérateur

Veillez noter que vous ne serez remboursé(e) qu'à concurrence du tarif appliqué dans votre pays d'origine, qui peut être inférieur à celui que vous avez payé pour le traitement à l'étranger. Cela peut vous contraindre à supporter une grande partie des frais médicaux vous-même. Cependant, le contraire peut également se produire: les tarifs applicables dans votre pays d'origine* peuvent être supérieurs aux tarifs appliqués dans le pays de traitement*. Dans ce dernier cas, il est possible que vous soyez intégralement remboursé(e) de vos frais médicaux engagés à l'étranger. Ainsi, le montant exact des frais que vous aurez finalement à supporter dépendra entièrement du barème de remboursement appliqué dans votre pays d'origine*.

N'oubliez pas de demander au prestataire de soins de santé à l'étranger d'indiquer le total des coûts à prévoir ainsi que les éventuels frais supplémentaires qui ne sont pas inclus dans le prix. En règle générale, seuls les frais médicaux directement liés au traitement spécifique peuvent être pris en charge au titre de la directive 2011/24/UE*. Les coûts supplémentaires, tels que les frais de voyage et de séjour ou de médicaments antidouleur en vente libre, resteront généralement à votre charge. Les États membres peuvent décider, à leur discrétion, de rembourser d'autres frais connexes autres que les frais médicaux, tels que les frais de voyage et d'hébergement ou les frais supplémentaires que les personnes handicapées pourraient encourir lorsqu'elles reçoivent un traitement à l'étranger.

Avant de partir pour l'étranger, renseignez-vous toujours auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* pour connaître les coûts et les taux de remboursement prévus. Essayez de déterminer les coûts que vous pouvez vous attendre à devoir supporter vous-même.

En outre, vérifiez également à l'avance à quelle institution vous devez vous adresser pour obtenir un remboursement, quelles sont les procédures et les délais applicables et quels documents vous devrez fournir.

⑦ Qualité et sécurité

Vous avez droit à un **traitement sûr et de qualité** dans n'importe quel pays de l'UE*/EEE*.

Informez-vous sur les normes de sécurité et de qualité en vigueur dans le pays de traitement et sur les prestataires de soins de santé soumis à ces normes. Assurez-vous de recueillir suffisamment d'informations sur le système de santé où vous souhaitez vous faire soigner. Le point de contact national* du pays de traitement* vous fournira toutes les informations nécessaires sur ces sujets.

En tout état de cause, consultez votre médecin généraliste* avant de vous engager à vous faire soigner à l'étranger. Votre médecin généraliste étant le mieux informé de votre état de santé actuel et de vos dossiers médicaux, il peut vous aider à prendre la meilleure décision concernant vos projets de traitement à l'étranger. Vous pourriez également tirer profit d'une consultation avec d'autres acteurs, tels que des prestataires de soins de santé spécialisés, des associations de patients ou même des connaissances dont vous savez qu'elles ont une expérience des soins de santé transfrontaliers. Plus vous êtes en mesure de recueillir d'informations, mieux cela vaut.

En outre, assurez-vous de vous informer et de prendre les dispositions appropriées, par exemple:

- informez-vous sur le traitement, y compris sur les autres options thérapeutiques, la procédure de traitement, les résultats escomptés, les préjudices et les risques possibles;
- informez-vous sur le prestataire de soins de santé, l'hôpital ou l'établissement de santé où vous souhaitez vous rendre;
- informez-vous sur ce qu'il faut faire et à qui s'adresser en cas de problème;
- veillez à faire appel à des services d'interprétation au besoin;
- veillez au transfert et à la traduction des dossiers médicaux;
- veillez aux soins de suivi.

Si vous n'êtes pas satisfait(e) du traitement ou de l'intervention effectués, vous avez le droit de porter plainte et de demander réparation conformément à la législation du pays de traitement (veuillez consulter la section 9.2).

⑧ Dossiers médicaux

8. 1. Droit à la documentation des dossiers médicaux

Vous avez le droit de demander au prestataire de soins de santé à l'étranger de documenter votre **dossier médical***. Qui plus est, il est essentiel que vous demandiez toujours au prestataire de soins de santé à l'étranger de procéder à une telle documentation.

La documentation de votre dossier médical* peut, en effet, s'avérer importante pour:

- organiser des soins de suivi* appropriés;
- présenter la preuve du traitement à l'étranger, nécessaire pour demander un remboursement;
- demander réparation au cas où vous ne seriez pas satisfait(e) des soins fournis.

N'oubliez pas que vous avez droit à la **protection de vos données à caractère personnel*** collectées et documentées par votre prestataire de soins de santé ou votre hôpital traitant à l'étranger, par le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* étranger ou toute autre instance collectant, traitant ou utilisant vos données (voir la section 4.8 sur le droit des patients à la protection de la vie privée).

8. 2. Droit d'accès à une copie de vos dossiers médicaux

Vous avez le **droit d'accéder à une copie** de toutes les données à caractère personnel concernant votre santé. Plus précisément, vous avez le droit d'accéder à une copie de votre **dossier médical*** contenant des renseignements tels que le diagnostic, les résultats des examens, les évaluations réalisées par les prestataires de soins de santé traitants et des informations sur les traitements ou interventions effectués. Vos droits spécifiques d'accès à votre dossier médical* dépendront de la législation du pays de traitement. Contactez le point de contact national du pays de traitement pour plus d'informations.

8. 3. Droit au transfert des dossiers médicaux

Vous devez être conscient(e) des dangers résultant d'un traitement ou d'une intervention médicale sans le **transfert nécessaire de votre dossier médical*** au prestataire de soins de santé à l'étranger. Afin d'éviter toute erreur de traitement et tout traitement nuisible, il est essentiel que le prestataire de soins de santé traitant dispose d'une copie de votre dossier médical*, ce qui lui permettra de connaître votre état de santé actuel ainsi que vos antécédents médicaux et de prendre une décision médicale dans votre meilleur intérêt.

Vous avez le droit d'accès à votre dossier médical ou d'en avoir au moins une copie. Votre prestataire de soins doit vous donner accès à votre dossier médical ou vous en fournir une copie, ou doit au minimum organiser son transfert directement au prestataire de soins de santé, à l'hôpital ou à l'établissement de santé vous traitant à l'étranger. En tout état de cause, ne vous faites jamais soigner sans que le prestataire de soins de santé puisse

consulter votre dossier médical, y compris les informations relatives à vos antécédents médicaux, vos diagnostics, vos traitements et vos interventions antérieurs.

Après avoir reçu un traitement à l'étranger, assurez-vous d'organiser le transfert ou d'obtenir une copie des dossiers médicaux conservés par les prestataires de soins de santé vous ayant traité(e) à l'étranger afin de les présenter à vos prestataires de soins de santé de votre pays d'origine. Des soins de suivi appropriés pourront ainsi être organisés.

8. 4. Responsabilités des patients en matière de traduction

Lorsque les soins de santé transfrontaliers* sont dispensés par un prestataire de soins de santé qui ne parle pas votre langue, **assurez-vous de faire traduire** votre dossier médical actualisé. Il en va de même pour les dossiers médicaux documentés par votre prestataire de soins de santé traitant dans votre pays d'origine. Dans certains cas, vous devrez faire traduire les dossiers médicaux étrangers avant de les présenter à vos prestataires de soins de santé dans votre pays d'origine, ce qui leur permettra d'organiser des soins de suivi appropriés et de surveiller votre état de santé à l'avenir.

En outre, dans de nombreux cas, votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans votre pays d'origine exigera une preuve des soins de santé fournis à l'étranger avant de vous accorder tout remboursement, y compris, par exemple, la documentation relative au traitement ou à l'intervention fournis. Lors de la présentation de ces documents à votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* dans le cadre de votre demande de remboursement, vous devrez peut-être également présenter ces documents dans la langue officielle de votre pays d'origine.

⑨ Plaintes et réparation

9.1. Votre droit de faire appel des décisions relatives à l'autorisation préalable et au remboursement

Vous avez le droit de **faire appel de toute décision de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*** concernant votre processus d'accès à des soins à l'étranger.

Si vous n'êtes pas satisfait(e) d'une décision de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* concernant votre demande d'autorisation préalable, vous avez le droit de faire appel. Il en va de même pour les décisions relatives au remboursement des frais encourus à l'étranger.

Vos droits d'appel spécifiques dépendront de la législation applicable dans votre pays d'origine. Contactez le point de contact national de votre pays d'origine pour plus d'informations sur l'endroit où adresser votre appel, les procédures possibles, les délais prévus pour une décision ainsi que les éventuels coûts administratifs.

9.2. Votre droit de déposer une plainte et de demander réparation

Si vous n'êtes pas satisfait(e) des soins reçus à l'étranger, vous avez le **droit de déposer une plainte et de demander réparation**.

Étant donné que le traitement à l'étranger est dispensé dans le cadre de la législation médicale du pays de traitement*, la législation et le régime d'assurance de ce pays s'appliqueront en cas d'accident thérapeutique. Vos actions en réclamation et en réparation, y compris toute action en justice, seront traitées conformément à la loi du pays de traitement*.

Contactez le point de contact national* du pays de traitement* pour plus d'informations sur les options qui s'offrent à vous pour déposer une plainte, régler les litiges et demander réparation. Informez-vous sur les différentes procédures administratives, civiles et pénales existantes, les étapes à suivre, les délais ainsi que les coûts de procédure prévus.

⑩ Prescription à l'étranger

10.1 Présentation d'une prescription à la pharmacie à l'étranger/de prescriptions délivrées à l'étranger

Une prescription* pour un médicament ou un dispositif médical délivrée dans votre pays est valable dans tous les pays de l'UE*/EEE*. De même, une prescription délivrée dans un autre pays de l'UE*/EEE*, par exemple dans le cadre de soins de suivi pour une chirurgie reçue à l'étranger, peut être présentée à tout pharmacien de votre pays d'origine.

Toutefois, pour vous assurer que votre prescription* est reconnue et bien comprise par le pharmacien à l'étranger, informez votre prestataire de soins de santé prescripteur de votre intention d'utiliser la prescription à l'étranger. Il prescrira le médicament ou le dispositif médical conformément aux **exigences minimales d'information** pour les prescriptions transfrontalières* (directive d'exécution 2012/52/UE*):

- Identification du patient: nom(s); prénom(s); date de naissance.
- Authentification de la prescription: date d'établissement;
- Identification du prestataire de soins de santé prescripteur: nom(s); prénom(s); qualifications professionnelles; coordonnées directes de contact, telles que l'adresse électronique et le numéro de téléphone ou de télécopieur; adresse professionnelle (y compris le nom de l'État membre); signature manuscrite ou numérique.
- Identification du produit prescrit: dénomination commune (substance active), ou, dans des cas exceptionnels, nom; forme pharmaceutique (comprimé, solution, etc.); quantité; dosage; posologie.

En outre, n'oubliez pas que le médicament concerné peut ne pas être disponible ou autorisé à la vente dans un autre pays de l'UE*/EEE*. Dès lors que cet aspect est réglementé par la législation nationale, tout dépend de la législation applicable dans le pays où les médicaments ou les dispositifs médicaux sont distribués. Par conséquent, la posologie imposée par la pharmacie à l'étranger, par exemple, peut également différer. Essayez donc toujours de présenter vos prescriptions dans le pays où elles ont été délivrées, dans la mesure du possible.

10.2 Remboursement et coûts

Carte européenne d'assurance maladie

Sur présentation d'une carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité, vous avez le droit d'acheter des médicaments/dispositifs médicaux sur prescription* selon les mêmes règles et tarifs que les patients couverts/assurés au titre du service national de santé/de l'assurance maladie obligatoire du pays de votre visite. Toutefois, ceci ne s'applique que si la prescription est **délivrée dans le pays concerné en raison d'une maladie ou blessure soudaine pendant votre séjour**.

Autorisation préalable – formulaire S2

Dès lors que vous avez reçu un traitement programmé à l'étranger avec l'**autorisation préalable (formulaire S2*)** de votre service national de santé*/prestataire d'assurance

maladie* et que vous avez reçu une prescription de votre prestataire de soins de santé traitant dans le pays de traitement, vous pouvez présenter la prescription à un pharmacien local et bénéficier des mêmes règles et tarifs que les patients couverts/assurés par le service national de santé*/l'assurance maladie obligatoire* du pays de votre visite. Par conséquent, le médicament ou le dispositif médical sera pris en charge et remboursé conformément à la législation en matière de sécurité sociale du pays de traitement (voir la section 6.1 sur le remboursement et les coûts au titre des règlements relatifs à la sécurité sociale).

Si vous n'êtes pas en possession de la carte européenne d'assurance maladie ou si votre prescription est délivrée dans votre pays d'origine

Si vous n'êtes pas en possession de la carte européenne d'assurance maladie* ou si votre prescription est délivrée à l'étranger, vous devrez payer les médicaments/dispositifs médicaux par paiement anticipé*.

Dans ce cas, vous pouvez déposer une demande de remboursement auprès de votre propre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* à votre retour. Vous serez remboursé(e) selon **les règles et les taux de votre pays d'origine** (voir la section 6.2 sur le remboursement et les coûts au titre de la directive 2011/24/UE).

11 Points de contact nationaux

Conformément à la directive 2011/24/UE*, chaque État membre a mis en place un ou plusieurs points de contact nationaux* pour les soins de santé transfrontaliers* (PCN). Les États membres sont libres de décider comment organiser ces PCN. Il en résulte des différences importantes. Certains PCN sont alignés sur le prestataire d'assurance maladie national ou le ministère de la santé, tandis que d'autres sont des organismes indépendants.

La tâche principale des PCN est de fournir aux patients des informations claires et accessibles sur tous les aspects de l'accès à des traitements médicaux* à l'étranger.

Plus précisément, le **PCN* de votre pays d'origine*** peut vous fournir des informations sur:

- vos droits en matière de soins de santé transfrontaliers*;
- les modalités de remboursement* de vos frais médicaux;
- la nécessité d'une autorisation préalable* et la procédure à suivre pour la demander;
- les procédures d'appel et de recours si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés.

Le **PCN* du pays de traitement*** peut vous fournir des informations sur:

- le système de santé de ce pays;
- les normes et lignes directrices en matière de qualité et de sécurité qui s'y appliquent et les prestataires de soins de santé qui sont soumis à ces normes;
- l'accessibilité des hôpitaux aux personnes handicapées;
- les différents prestataires de soins de santé, y compris le droit d'un prestataire spécifique de fournir un traitement médical ou toute restriction à cette pratique;
- les droits des patients dans ce pays, y compris des informations sur les options qui s'offrent à vous en cas de problème ou si vous n'êtes pas satisfait(e) du traitement que vous avez reçu.

Tous les PCN disposent d'un **site Internet dédié** sur lequel sont fournies les informations essentielles sur les traitements médicaux* à l'étranger (soins de santé transfrontaliers*). Les patients peuvent également consulter directement les PCN pour obtenir plus d'informations ou pour des demandes individuelles sur l'accès aux soins de santé à l'étranger, par exemple par téléphone, par courrier électronique ou par le biais d'un formulaire de contact en ligne. De nombreux PCN accueillent également les patients en personne dans leurs bureaux. Les coordonnées des PCN sont fournies sur le site Internet de chaque PCN.

Afin de recueillir toutes les informations dont vous avez besoin, pensez à consulter le site internet à la fois du point de contact national de votre pays d'origine et de celui du pays où vous souhaitez recevoir des soins de santé. N'hésitez pas à contacter directement ces services si vous avez d'autres questions.

Pour obtenir les coordonnées des PCN par État membre, veuillez consulter le site Internet du point de contact national de votre pays d'origine ou: www.ec.europa.eu/health

12 Vivre à l'étranger

12.1. Qu'en est-il si vous prévoyez de vous installer à l'étranger?

Si vous envisagez de vous installer dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse, cela peut avoir une incidence sur votre couverture de sécurité sociale. Les conséquences spécifiques dans ce domaine dépendront de votre situation particulière, des raisons et de la durée de votre séjour à l'étranger. Votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* peut vous fournir de plus amples informations à ce sujet.

En vertu des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale, vos droits à la sécurité sociale sont protégés lorsque vous déménagez à l'étranger. Le pays qui sera responsable de votre couverture de sécurité sociale et d'assurance maladie dépendra de votre statut économique et de votre lieu de résidence. Il est important de savoir quel système de sécurité sociale vous assure, car c'est dans ce pays que vous devrez vous inscrire auprès de l'assurance maladie publique, que vous devrez payer vos cotisations/taxes et que vous aurez droit aux prestations de maladie remboursées.

Aperçu des différentes situations envisagées:

1. Travailleurs frontaliers et les membres de leur famille
2. Salariés et travailleurs indépendants en mission de courte durée (< 24 mois)
3. Étudiants, chercheurs ou stagiaires à l'étranger
4. Vivre et travailler dans un autre pays
5. Travailler dans un pays tout en habitant dans un autre
6. Retraités s'installant à l'étranger

1. Travailleurs frontaliers et les membres de leur famille

En tant que **travailleur frontalier***, c'est-à-dire une personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un pays et qui réside dans un autre où elle retourne chaque jour ou au moins une fois par semaine, vous et les membres de votre famille avez **droit aux soins de santé dans les deux pays**. (*Attention: certains pays ont exclus les membres de la famille d'un travailleur frontalier* de ce régime spécial (voir plus loin).*)

Vous devez présenter une demande de **formulaire européen S1*** auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. Ce document vous donnera droit à l'assurance maladie dans votre pays de résidence, au nom de votre pays de travail (également appelé pays compétent*).

Remettez le formulaire S1* au service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du pays d'accueil à votre arrivée.

Les membres de la famille d'un travailleur frontalier résidant dans l'un des États membres énumérés à l'annexe III du règlement (CE) n° 883/2004 n'ont droit qu'aux soins de santé dans leur pays de résidence. Lorsqu'ils souhaitent recevoir des soins de santé dans le pays de l'activité professionnelle (c'est-à-dire l'État membre compétent), les règles générales*

applicables aux soins de santé transfrontaliers non programmés et programmés au titre des règlements relatifs à la sécurité sociale et de la directive 2011/24/UE s'appliquent.

2. Salariés et travailleurs indépendants en mission de courte durée (< 24 mois)

Les travailleurs qui exercent une activité salariée dans un pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* et qui sont **détachés dans un autre État membre** pour effectuer un travail pour le compte de leur employeur restent soumis à la législation en matière de sécurité sociale du premier État membre lorsque la durée de la mission ne dépasse pas **24 mois**.

Il en va de même pour les travailleurs non salariés qui exercent normalement une activité dans un pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* et qui partent exercer une activité similaire dans un autre État membre, à condition que cette activité ne dépasse pas 24 mois.

Vous devez présenter une demande de **formulaire européen S1*** auprès de votre service national de santé*/prestataire d'assurance maladie*. Ce document vous donnera droit à l'assurance maladie dans votre pays de résidence, au nom de votre pays de travail (également appelé pays compétent*).

Remettez le formulaire S1* au service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du pays d'accueil à votre arrivée.

3. Étudiants, chercheurs et stagiaires à l'étranger

Lorsque vous êtes **étudiant(e), chercheur(-se) ou stagiaire à l'étranger** et que vous n'êtes pas employé(e) dans votre pays d'accueil, vous avez droit aux soins de santé dans votre pays d'accueil en vertu d'une carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité (pour les traitements nécessaires d'un point de vue médical*) ou d'un formulaire S2 (pour les soins programmés), ou encore de la directive 2011/24/UE (voir la section 1 sur les soins de santé à l'étranger).

Toutefois, lorsque vous êtes employé(e) dans votre pays d'accueil, vous devrez vous procurer une couverture de sécurité sociale dans ce pays. À partir de ce moment-là, vous aurez droit aux soins dispensés/couverts par le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie obligatoire* de ce pays. Pour plus d'informations, contactez l'autorité locale responsable des soins de santé.

4. Vivre et travailler dans un autre pays

Si vous envisagez **de vous installer et de travailler dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse***, vous et les membres de votre famille ne serez plus couverts par le système de sécurité sociale de votre ancien pays d'origine et vous n'aurez donc plus droit aux soins médicaux dans ce pays.

Vous devrez vous procurer une couverture de sécurité sociale dans votre nouveau pays d'activité professionnelle. À partir de ce moment-là, vous aurez droit aux soins dispensés/couverts par le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie

obligatoire* de ce pays. Pour plus d'informations, contactez l'autorité locale responsable des soins de santé.

5. Travailler dans un pays tout en habitant dans un autre

Lorsque **vous travaillez dans un pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* et que vous vivez dans un autre pays**, vous êtes assuré(e) et couvert(e) par le système de sécurité sociale de votre pays de travail. Vous et les membres de votre famille aurez droit aux soins de santé dans votre pays de résidence, au nom du pays de travail (également appelé État membre compétent*), comme si vous étiez assuré(e) en vertu de la législation en matière de sécurité sociale de votre pays de résidence.

En vertu du **formulaire S1***, vous avez droit aux soins de santé dans le cadre du service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire* de votre pays de résidence. L'État membre compétent* indemniserà l'autorité responsable des soins de santé de votre pays d'origine pour vos frais médicaux.

! Attention: lorsque vous envisagez de vous installer dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse* mais que vous continuez à travailler dans votre ancien pays d'origine* (l'État membre compétent*), vous et les membres de votre famille conserverez le droit de bénéficier de soins dispensés durant un séjour temporaire de retour dans l'État membre compétent* à ses frais et selon la législation appliquée par ce dernier.

Pour plus d'informations, contactez votre autorité responsable des soins de santé.

6. Retraités s'installant à l'étranger

Si vous êtes **retraité(e) et que vous vous installez dans un autre pays de l'UE*/EEE* ou en Suisse***, votre couverture de sécurité sociale dépendra des éléments suivants:

- si vous avez droit à une pension en vertu de la législation en matière de sécurité sociale de deux ou plusieurs États membres, y compris votre pays de résidence, vous serez couvert(e) par le régime de sécurité sociale de ce dernier;
- si vous avez droit à une pension en vertu de la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs États membres autres que votre pays de résidence, vous serez couvert(e) par le régime de sécurité sociale du pays à la législation duquel vous avez été soumis(e) le plus longtemps ou, en cas de périodes égales, du pays à la législation duquel vous avez été soumis(e) en dernier lieu (l'État membre compétent*). Dans ce cas, vous avez droit aux soins de santé dans le cadre du service national de santé*/régime d'assurance maladie obligatoire* de votre pays de résidence, aux frais de l'État membre compétent*. Vous devrez déposer une demande de **formulaire S1***.

Soins de santé dans le pays dans lequel vous exercez votre activité professionnelle:

! Dans certains cas, vous aurez toujours le droit de bénéficier de **soins de santé dispensés pendant un séjour temporaire** de retour dans l'État membre compétent ou l'État membre où vous exercez précédemment une activité professionnelle.

Tel sera plus particulièrement le cas pour **les retraités et les membres de leur famille** lorsque l'État membre compétent* figure à l'annexe IV du règlement (CE) n° 883/2004* et a choisi d'accorder des droits plus avantageux aux retraités temporairement de retour.

En outre, un régime spécial s'applique aux **travailleurs frontaliers retraités***. Tout travailleur frontalier retraité a droit aux soins de santé dans l'État membre où il a exercé en dernier lieu son activité salariée ou non salariée, dans la mesure où il s'agit de la **poursuite d'un traitement** entamé dans ce pays. Déposez une demande de **formulaire S3*** dans l'État membre dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure.

Dans certains cas, un travailleur frontalier retraité continuera à avoir droit aux soins de santé dispensés lors d'un séjour temporaire de retour dans l'État membre où il exerçait précédemment une activité professionnelle, qu'il s'agisse de la poursuite d'un traitement ou non. Tel sera le cas s'il a travaillé pendant au moins deux ans en tant que travailleur frontalier au cours des cinq dernières années qui ont précédé la date de prise d'effet de sa pension et si à la fois l'État membre dans lequel l'activité professionnelle antérieure était exercée et l'État membre compétent* sont repris à l'annexe V du règlement (CE) n° 883/2004*. Déposez une demande de **formulaire S3*** dans l'État membre dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure.

! Attention: les droits spéciaux des travailleurs frontaliers* retraités aux soins de santé pendant un séjour temporaire de retour dans l'État membre compétent* s'appliquent mutatis mutandis aux membres de la famille du travailleur frontalier, sauf si l'État membre compétent* figure à l'annexe III du règlement (CE) n° 883/2004*. Dans ce cas, les membres de la famille du travailleur frontalier n'auront droit qu'aux soins de santé dans leur pays de résidence, sur présentation d'une carte européenne d'assurance maladie* en cours de validité (pour les traitements nécessaires d'un point de vue médical*) ou d'un formulaire S2* (traitement programmé), ou au titre de la directive 2011/24/UE (voir la section 1 sur les soins à l'étranger).

12.2. Les soins de santé transfrontaliers lorsque l'on vit à l'étranger: quelle institution sera responsable de l'autorisation préalable et du remboursement?

C'est le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* du **pays dont relève le système de sécurité sociale qui vous assure** (c'est-à-dire l'État membre compétent*) qui est responsable de l'autorisation préalable* et de la délivrance du formulaire S2* nécessaire.

Si vous résidez dans un autre pays que l'État membre compétent*, vous pouvez introduire votre demande d'autorisation préalable* auprès du service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* local de votre pays de résidence. Il transmettra votre demande au service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* de l'État membre compétent*.

Toutefois, par dérogation, le service national de santé*/prestataire d'assurance maladie* de votre pays de résidence sera compétent pour accorder une autorisation préalable* et délivrer un formulaire S2*, si vous êtes:

- un pensionné ou un membre de la famille d'un pensionné, ou

- un membre de la famille (*personne à charge*) résidant dans un autre pays que la personne assurée,
et votre pays de résidence applique un mécanisme de compensation des prestations de maladie entre États membres sur la base de forfaits/montants fixes* et figure à l'**annexe III** du règlement (CE) n° 987/2009*.

