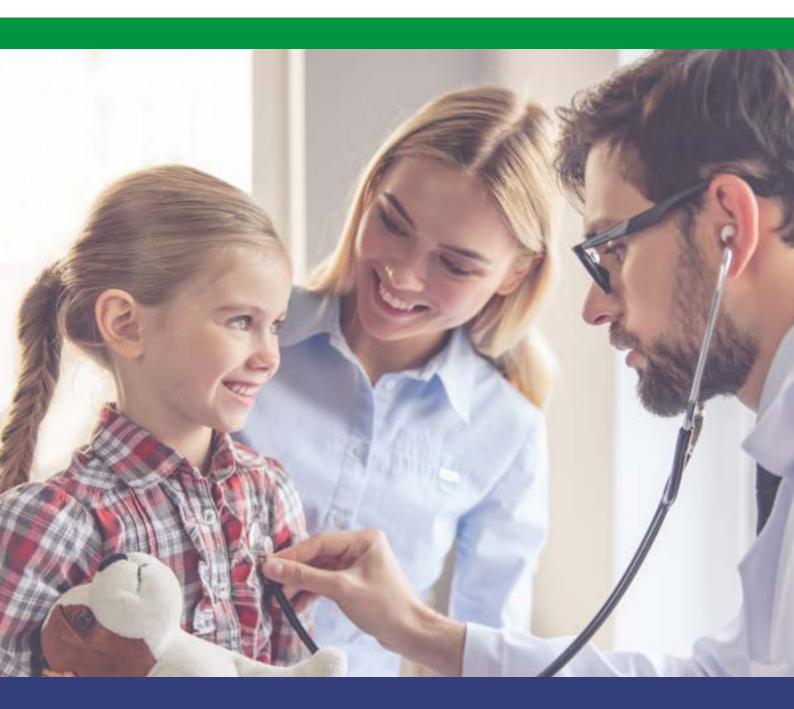
Consultation d'un médecin / Hospitalisation à l'étranger

Que va prendre en charge la sécurité sociale ?

Edition 2019 complètement revue







L'auteur : Patrick Goergen

Maître en droit (1994), DESS Contentieux communautaire (2000)

Avocat à la Cour, Barreau de Luxembourg (1995-2014)

Fondateur et Directeur de Cross Borders, société de conseil économique à Luxembourg (depuis 2014) (www.crossborders.lu)

Directeur de Meopin, start-up développant une plateforme digitale dans le domaine de la santé (depuis 2016) (www.meopin.com).

Meopin offre aux patients la recherche, mondialement et en plusieurs langues, dans une page internet et des applis, de fournisseurs de soins de santé (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers, sage-femmes, psychologues, thérapeutes, coaches) ainsi que d'hôpitaux, de maisons de retraite, services d'aide à domicile, et de vendeurs de médicaments, de produits paramédicaux et d'appareils médicaux.

Meopin conseille et assiste également les patients pour l'introduction de demandes d'autorisation préalable de la CNS en vue d'une consultation de médecin ou d'hospitalisation à l'étranger, pour la vérification d'honoraires médicaux, de factures d'hôpital et de décomptes de la CNS, pour les demandes de prise en charge auprès de la CNS, pour les oppositions contre les décisions de la CNS ainsi que pour un suivi technique lors d'un procès devant les juridictions de sécurité sociale au Luxembourg.

Meopin a aussi lancé en 2019 l'Université des Patients dans le cadre d'une éducation de santé pour tous.



Portrait by Vincent Flamion

Consultation d'un médecin / Hospitalisation à l'étranger

Que va prendre en charge la sécurité sociale ?









Chambre des salariés

18, rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg Tél.: 27494-1 E-mail: csl@csl.lu www.csl.lu



Union Luxembourgeoise des Consommateurs Nouvelle asbl

55, rue des Bruyères L-1274 Howald Téléphone 49 60 22 - 1 Téléfax 49 49 57 E-mail:info@ulc.lu www.ulc.lu



Nora Back Présidente de la CSL



Nico Hoffmann Président de l'ULC

Préface

L'Union luxembourgeoise des consommateurs et la Chambre des salariés ont décidé de rééditer leur publication sur les droits de leurs affiliés et ressortissants dans le cadre des soins de santé transfrontaliers.

Le libre choix du prestataire de soins ainsi que la prise en charge des actes et fournitures médicaux y relatifs constituent les deux principes fondamentaux des soins de santé au Luxembourg.

Ces principes sont inhérents à notre législation nationale et consacrés dans le Code de la sécurité sociale depuis long-temps. Ils ont toutefois été réinterprétés au fil des vingt dernières années par la Cour de Justice de l'Union européenne dans les cas où il fallait déterminer si une personne assurée au Luxembourg peut également se prévaloir de ces deux principes dans l'hypothèse où elle veut se faire soigner dans un autre pays de l'Union européenne.

Si la sécurité sociale continue à relever de la compétence nationale des Etats membres, ceux-ci doivent néanmoins, en vertu de la hiérarchie des normes, veiller à ce que leur législation nationale dans ce domaine soit compatible avec les principes communautaires et notamment avec les libertés du traité de l'Union européenne telles que la libre circulation

des personnes, la libre prestation des services et la libre circulation des marchandises.

Grâce à la présente publication de Union luxembourgeoise de consommateurs et de la Chambre des salariés, qui ne constitue qu'une consécration de l'état actuel de la jurisprudence communautaire, l'assuré peut recevoir des réponses à de nombreuses questions parmi lesquelles il y a lieu de soulever les suivantes :

- Dans quelles hypothèses l'assuré doit-il demander une autorisation préalable auprès de la Caisse nationale de santé pour se faire traiter à l'étranger?
- Qui prend en charge le coût d'un tel traitement et selon quelle législation ?
- Quelles sont les voies de recours pour l'assuré en cas de refus d'autorisation préalable ou de prise en charge des soins de santé?

Il est conseillé néanmoins à l'assuré de s'informer au préalable auprès de sa caisse de maladie compétente sur les conditions de procédure et de délai applicables.

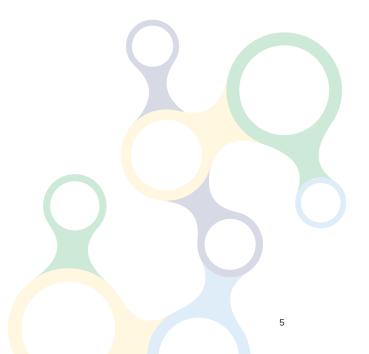
Bonne lecture!

Sommaire

1. Soins programmés à l'avance 8 1.1. Autorisation 8 1.1.1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers 8 (a) Principe: aucune autorisation préalable n'est nécessaire 8 (b) Exception : une autorisation préalable n'est nécessaire 9 1.1.2. Pour des soins en millieu hospitalier stationnaire 10 (a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 10 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 1.2. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37
1.1.1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers 8 (a) Principe: aucune autorisation préalable n'est nécessaire 8 (b) Exception : une autorisation nécessaire toutefois pour certains types de soins 9 1.1.2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire 10 (a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 10 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Règlement 883/2004 30 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Lo Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages
(a) Principe: aucune autorisation préalable n'est nécessaire 8 (b) Exception : une autorisation nécessaire toutefois pour certains types de soins 9 1.1.2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire 10 (a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 10 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2 Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Règlement 883/2004 30 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 37 2.1.1 Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie
(b) Exception: une autorisation nécessaire toutefois pour certains types de soins 9 1.1.2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire 10 (a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 11 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 3.1.1. Reconnaissanc
1.1.2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire 10 (a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 11 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Regles de calcul du taux de remboursement 29 (c) Na Reglement 883/2004 30 (d) Système Règlement 883/2004 30 (e) Nystème Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 3.1.2. Remboursement 39 3.1.2. Délivrance des médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 39 3.1.3. Prise en charge 4
(a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS est nécessaire pour des soins hospitaliers 10 (b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Regles de calcul du taux de remboursement 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments
(b) Demande de prise en charge des frais 11 (c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41
(c) Examen de la demande 14 (d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1 Plainte auprès de la Médiateure 43
(d) Décision de la CNS 17 (e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 (a) Système Soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4. 1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(e) Réaction en cas de refus 19 1.2. Remboursement 29 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
1.2. Remboursement 29 1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable 29 (a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 39 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(a) Dépôt de la demande de remboursement 29 (b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(b) Règles de calcul du taux de remboursement 29 1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers: Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable 29 (a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers: Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(a) Système Règlement 883/2004 30 (b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers: Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(b) Système Directive – art. 20 CSS 32 (c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1. Délivrance des médicaments 39 3.1. Délivrance des médicaments 40 3.1. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(c) Nature des frais pris en charge 33 (d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
(d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie 34 2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
2. Soins urgents 36 2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
2.1. Carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie 37 2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
2.2. Remboursement 38 3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire 39 3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.1. Médicaments 39 3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions 39 3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.1.2. Délivrance des médicaments 40 3.1.3. Prise en charge 40 3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
3.2. Analyses et examens de laboratoire 41 4. Vos droits 43 4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
4.1. Plainte auprès de la Médiateure 43
4.2. Action devant les juridictions sociales43
4.2.1. Opposition devant le Conseil d'administration de la CNS
4.2.2. Recours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale45
(a) Délai45
(b) Modalités45
(c) Représentation45
(d) Audience47
(e) Jugement49
4.2.3. Appel auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale49
4.2.4. Cassation auprès de la Cour de cassation49
Illustrations :
1. Autorisation préalable non requise9
2. Le séjour en hôpital de jour
3. Les « données acquises par la science »
4. L'avis du Contrôle médical sur l'adéquation du traitement
5. Le caractère succinct des avis du Contrôle médical
6. La charge de la preuve16

7. Mauvaise communication entre la CNS et le Contrôle médical	16
8. Le cas de la <i>Schlittenprothese</i>	21
9. Patiente déjà suivie pendant 20 ans à l'étranger	21
10. La confiance légitime dans le comportement de l'Administration	22
11. Deux échecs à Luxembourg, mais pas une 3e fois	23
12. Traitement mini-invasif	23
13. Un défaut de médicaments justifie l'autorisation préalable	24
14. Le prix du traitement	25
15. La mission de l'expert	26
16. Se soumettre au traitement sans attendre le dénouement de la procédure S2	27
17. Assimilation des prestations	32
18. Suppléments non pris en charge par la sécurité sociale	35
19. Rapatriement d'une dépouille mortelle de l'étranger	36
20. Transport par ambulance	
21. Médicaments ne figurant pas dans la nomenclature de la CNS	41
22. Deux plaignants qui forcent la modification des lois luxembourgeoises	42
23. Déroulement de l'audience au Conseil arbitral	47
Notes d'explication :	
1. Equipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux	9
2. La notion de « traitement stationnaire »	10
3. Formulaire de demande d'autorisation préalable	12
4. Prestations conformes aux articles 17, alinéa 1, et 23, alinéa 1, du Code de la sécurité sociale	14
5. Prévalence du droit européen par rapport au droit luxembourgeois	20
6. Le complément différentiel sous l'empire de la jurisprudence antérieure à 2011	31
7. Contenu obligatoire des prescriptions transfrontalières pour pouvoir être reconnues	
8. Défendre ses droits à l'audience du Conseil arbitral	48
9. Délais au Conseil arbitral	48
Commentaires:	
1. L'absence de communication des avis du Contrôle médical	
2. La conformité de la décision administrative à l'avis du Contrôle médical	17
3. La preuve à charge de l'assuré	21
4. Irrecevabilité d'un recours	
5. Système public c/ Système privé	34
Modèles:	
1. Opposition devant le Conseil d'administration de la CNS	
2. Recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale	46

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.





Introduction

Vous êtes assuré auprès de la sécurité sociale luxembourgeoise ? Vous vous trouvez à l'étranger dans un pays européen et devez avoir recours à des soins médicaux de façon inattendue ?

Votre médecin traitant au Luxembourg vous envoie chez un spécialiste à l'étranger ? Vous optez pour des soins hautement spécialisés à l'étranger ? Vous habitez une région frontalière où l'établissement de soins le plus approprié est de l'autre côté de la frontière ? Vous souhaitez être traité à l'étranger afin d'être plus proche de membres de votre famille ? Vous désirez avoir accès à une méthode thérapeutique différente de celle proposée dans votre État de résidence ? Vous estimez que vous recevrez des soins de meilleure qualité dans un autre État membre ?

Vous êtes en droit d'exercer votre droit de liberté de mouvement en recourant à des soins médicaux dans un autre État. 15.569 assurés ont introduit en 2018 une demande de transfert à l'étranger auprès de la CNS (+ 22,5 % par rapport à 2017)¹.

Vous voulez toutefois savoir à l'avance quelle réglementation vous sera applicable ? La présente brochure vous indique quelles formalités vous devez accomplir pour un traitement à l'étranger² en vue d'une prise en charge des frais par la CNS et quel montant sera pris en charge par la CNS³.

L'actualisation de la brochure publiée pour la première fois en 2010 s'est imposée afin de tenir compte de l'entrée en vigueur de la loi du 1^{er} juillet 2014⁴, qui a transposé e.a. la directive 2011/24/UE⁵. Le Luxembourg prévoit désormais maintenant deux systèmes pour rembourser les patients se faisant soigner à l'étranger. Le premier système – traditionnel – applique le règlement européen 883/2004. Le deuxième système – nouveau – dérive de la directive 2011/24/UE et de l'article 20 du Code de la sécurité sociale luxembourgeois. Les différences entre les deux systèmes sont notables. Tant les modalités de demande que les taux de prise en charge sont différents.

Il a été profité de l'actualisation afin d'apporter des références supplémentaires à la jurisprudence et d'exposer des cas concrets dans lesquels les patients se sont opposés, avec plus ou moins de succès, à la CNS.

Il n'a, malheureusement et contrairement à notre souhait, pas été possible de faire, pour les besoins de la présente brochure, une revue complète des décisions des juridictions de la sécurité sociale au Luxembourg depuis 1998⁶. dans le domaine des transferts à l'étranger. Les juridictions en question ont refusé de nous accorder un accès à leur jurisprudence⁷. Le même regret vaut en ce qui concerne des cas pratiques chiffrés, faute de communication par la CNS de la documentation y relative, malgré la promesse de la CNS.

- 1 Réponse du Ministre de la Sécurité sociale du 26 juin 2019 à la question parlementaire no 738 des députés Martine Hansen et Marc Spautz du 17 juin 2019.
- 2 La présente brochure se limite à un traitement dans un Etat membre de l'Union européenne. Pour un traitement dans un pays hors de l'UE, de l'EEE et la Suisse, il faut distinguer entre les pays liés par une convention bilatérale au Luxembourg et les pays tiers non conventionnés. Tout traitement médical planifié avant le départ est soumis à accord préalable de la CNS sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Pour les pays liés au Luxembourg par une convention bilatérale en matière de sécurité sociale (Bosnie-Herzégovine, Macédoine, Monténégro, Serbie, Turquie), les principes de la convention respective trouvent application. Certaines conventions prévoient un formulaire spécifique qui permet, en cas d'accord, une prise en charge selon les taux et tarifs applicables dans le pays de traitement. Il faudra vérifier au cas par cas les spécificités éventuelles de la convention.
 - Pour les pays tiers non liés au Luxembourg par une convention en matière de sécurité sociale, en cas de demande motivée venant d'un médecin et sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, la CNS émet une autorisation de transfert pour un traitement médical dans un pays tiers non lié. Cette autorisation prend la forme d'un titre de prise en charge de la CNS. L'assuré doit entièrement avancer les frais et demander le remboursement à son retour. Le Contrôle médical de la sécurité sociale fixe le montant à rembourser ou décide si une éventuelle majoration peut être accordée. En cas d'accord de traitement hors de l'Union européenne et en dehors du continent européen, l'assuré a droit à une indemnité de voyage forfaitaire spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée.
- 3 La présente ne constitue pas un conseil juridique, réservé au monopole des avocats. Il appartient à tout assuré de contacter en premier lieu la CNS et, en cas de litige, prendre conseil auprès des professionnels du droit.
- 4 Loi du 1er juillet 2014 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; 2) modification du Code de la sécurité sociale; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments; 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux.
- **5** Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JO L 88 du 04.04.2011, p. 45-65.
- 6 Date d'avènement des arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes dans les affaires Decker (affaire C-120/95, I-1831) et Kohll (affaire C-158/96, I-1931) du 28 avril 1998.
- 7 Dans sa recommandation de 2010, Marc Fischbach, Ombudsman, avait déjà attiré l'attention sur ce que « l'accès à la jurisprudence en matière de Sécurité sociale au sens large est indispensable pour la bonne compréhension des droits et des obligations par les citoyens et pour garantir l'égalité des armes entre les administrations et les justiciables ». Voy. aussi Rapports d'activité de l'Ombudsman pour les périodes du 01.10.2006 au 30.09.2007 (point 1.4.1., page 41), du 01.10.2007 au 30.09.2008 (point 1.4.1., page 43) et du 01.10.2008 au 30.09.2009 (point 1.4.1., page 49).

La contribution qui suit se limite aux cas des personnes assurées au Luxembourg et ayant recours à des soins médicaux dans un autre pays de l'Union européenne. Les frontaliers travaillant au Luxembourg disposent à cet égard d'un régime

spécifique en ce qu'ils peuvent se faire traiter aussi bien dans leur pays de résidence que dans leur pays d'affiliation (Luxembourg) selon la législation applicable.



1. Soins programmés à l'avance

Pour des soins programmés à l'avance, prodigués par un médecin étranger dans son cabinet, de même que pour l'achat de produits auprès de fournisseurs de prestations étrangers, vous pouvez vous rendre directement dans le pays où les soins vous seront prodigués et où les produits vous seront offerts. Une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé n'est pas obligatoire. Il y a toutefois des exceptions (1.1.).

Pour des soins programmés à l'avance en milieu hospitalier stationnaire, et pour certaines prestations ambulatoires le patient doit solliciter et obtenir une autorisation préalable de prise en charge des frais de soins hospitaliers à l'étranger. Ce système d'autorisation préalable doit se baser sur des critères objectifs et non discriminatoires, connus à l'avance. Dans le cas où votre demande est acceptée par la Caisse nationale de santé dans le système dit « Règlement 883/2004 », elle vous délivre le formulaire S2, attestant ainsi qu'elle prendra en charge les frais des soins que le demandeur souhaite recevoir à l'étranger. Vous pouvez toutefois également opter pour le système « Directive – art. 20 CSS ». Les conditions et taux de remboursement sont différents selon les systèmes (1.2.).

1.1. Autorisation

1.1.1. Pour des soins ambulatoires non hospitaliers

(a) Principe: aucune autorisation préalable n'est nécessaire

Pour des soins programmés à l'avance, prodigués par un médecin étranger dans son cabinet, vous pouvez vous rendre directement dans le pays où les soins vous seront prodigués. Une autorisation préalable de la caisse de maladie n'est pas obligatoire.

Cette même règle est valable pour l'achat de produits auprès de fournisseurs de prestations étrangers, par ex. l'achat de lunettes chez des opticiens étrangers.

La simplification est apparue suite aux arrêts Kohll / Decker de la CJCE du 28 avril 1998. Jusqu'à cette date, la prise en charge de prestations médicales remboursables selon les modalités du droit de l'État d'affiliation était conditionnée par une autorisation préalable de l'organisme assureur de cet État si les prestations étaient délivrées dans un autre État membre.

Illustration 1 : Autorisation préalable non requise

Lorsqu'une autorisation préalable n'est pas requise, la CNS prend l'habitude de notifier à l'assuré, sur demande de celui-ci, une « décision de refus de prise en charge » avec le texte suivant :

« ... décide de ne pas faire droit à la demande pour le(s) motif(s) suivant(s) :

Pour des consultations simples ou des traitements ambulatoires ne nécessitant pas le recours à des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux à l'étranger, vous n'avez pas besoin d'une autorisation préalable d'un transfert à l'étranger. Pour ces traitements, vous êtes en droit d'obtenir auprès de votre caisse de maladie compétente une demande de remboursement des frais engagés pour des prestations susceptibles d'être remboursées selon les tarifs, modalités et aux conditions applicables au Luxembourg. Veuillez noter que la prise en charge ne peut dépasser les frais effectivement exposés et ne couvre pas les dépassements d'honoraires ou autres convenances personnelles (p.ex.: supplément chambre 1 lit ou 2 lits, *Chefarztbehandlung, Wahlleistungen* ...).

Ce refus d'octroi une autorisation préalable correspond aux dispositions de la loi du 1^{er} juillet 2014, portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins santé transfrontaliers. Il est important de savoir que le principe de l'autorisation préalable reste seulement maintenu pour les soins hospitaliers stationnaires, c'est-à-dire, nécessitant au moins une nuitée à l'hôpital, ainsi que pour tous les traitements impliquant le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux. »

Source: CNS, Décision du 22 mars 2017

(b) Exception : une autorisation nécessaire pour certains types de soins

Le remboursement de certains actes est soumis à diverses conditions statutaires et/ou conventionnelles.

Il y a également des soins obligatoirement soumis à autorisation de transfert à l'étranger⁸. Il s'agit de soins pour lesquels il y a recours à :

 des infrastructures hautement spécialisées et coûteuses: réseaux de compétence⁹, services nationaux et établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales ¹⁰;

 des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ¹¹.

Note d'explication 1 : Equipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (article 14 et annexe 3) détermine les équipements et appareils médicaux qui, soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, nécessitent une planification nationale ou exigent des conditions d'emploi particuliers comme suit :

- Équipement de coronarographie par cathétérisme
- Ensemble de dispositifs de radiothérapie
- Tomographe à émission de positons

- Caisson d'oxygénothérapie hyperbare
- Équipement de lithotrétie extracorporelle
- Prone-table
- Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire
- Équipements servant à la fécondation in-vitro
- Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques
- Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA





Code de la sécurité sociale, article 20 sub (2), 2 ; Voy. Directive 2011/24/UE, considérant (41).

⁹ Le terme « centres de compétence » a été remplacé par ce terme par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (article 55).

¹⁰ défini comme « établissement qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques » (loi du 8 mars 2018, article 1, paragraphe 3 sous le point 5.).

¹¹ La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, citée dans la loi du 1er juillet 2014 a été abrogée par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

1.1.2. Pour des soins en milieu hospitalier stationnaire

Pour des soins programmés à l'avance en milieu hospitalier stationnaire, la CNS exige que vous déposiez une demande préalable de prise en charge des frais.



Note d'explication 2 : La notion de « traitement stationnaire »

Le traitement stationnaire est celui du séjour de l'assuré dans un hôpital pour au moins une nuit.

Source : Statuts de la CNS, article 20, paragraphe 2



Illustration 2 : Le séjour en hôpital de jour

Une patiente souffre d'un déficit en sous-classe d'IgG avec tendinite inflammatoire et d'un faible taux d'anticorps contre le pneumocoque et les hémophiles influenza. Elle doit subir une perfusion d'immunoglobuline, à répéter une fois tous les mois, dans le cadre de l'hôpital du jour d'une clinique à Londres (Royaume-Uni).

La CNS considère ce traitement comme étant de caractère stationnaire et refuse à la patiente l'autorisation préalable demandée.

La patiente expose dans son recours au Conseil arbitral qu'elle subit le traitement en hôpital de jour, sans passer de nuitée à l'hôpital. Les prestations facturées par l'hôpital britannique sont celles d'un « daycase in chemotherapy suite ». La CNS aurait en plus, lors de remboursements faits entre 2013 et 2017, appliqué sur les décomptes le type « HOPJOUR » dans la colonne « Prestations » et aurait remboursé également partiellement les frais d'hôtel, montrant ainsi l'absence de tout séjour stationnaire dans l'hôpital.

L'affaire est pendante devant le Conseil arbitral

Source : Recours du 3 juin 2019, R. c/ CNS, affaire CNS 124/19

(a) Raisons pour lesquelles l'autorisation préalable de la CNS reste nécessaire pour des soins hospitaliers

Le droit luxembourgeois de la sécurité sociale prescrit que le patient doit solliciter et obtenir une autorisation préalable de prise en charge des frais de soins hospitaliers à l'étranger¹².

L'exigence d'une autorisation préalable représente aussi pour la Cour européenne de justice une mesure nécessaire et raisonnable¹³. Le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir doivent pouvoir faire l'objet d'une planification. Une telle planification poursuit l'objectif de garantir, sur le territoire de l'État concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité. D'autre part, elle doit

contribuer à assurer une maîtrise des coûts et à éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Un tel gaspillage s'avérerait, de l'avis de la CJUE, d'autant plus dommageable qu'il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées¹⁴.

Le système d'autorisation préalable doit, cependant, se baser sur des critères objectifs et non discriminatoires, nécessaires et proportionnés à l'objectif à atteindre, connus à l'avance. Le pouvoir d'appréciation des autorités nationales est encadré,

¹² Code de la sécurité sociale, article 20, paragraphe 2, point 1): « Si ces prestations de soins de santé transfrontaliers impliquent 1) le séjour de l'assuré dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers pour au moins une nuit ... la prise en charge est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ... »). Est considéré comme « hôpital » tout « établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposent de services dans lesquels les patients sont admis (loi du 8 mars 2018, article 1, paragraphe 3, point 1.). L'établissement spécialisé est défini comme « hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières (loi du 8 mars 2018, article 1, paragraphe 3, point 3.). L'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie est défini comme « établissement qui a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative (loi du 8 mars 2018, article 1, paragraphe 3).

¹³ CJCE, 12 juillet 2001, B.S.M. Smits contre Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms contre Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, I-5473.

¹⁴ Voir directive 2011/24/UE, considérant (40).

ce qui doit empêcher l'arbitraire¹⁵. La CJUE exige que le régime d'autorisation mis en place par les autorités nationales repose notamment sur un système procédural aisément accessible. Le système doit aussi être propre à garantir aux intéressés que leur demande sera traitée dans un délai raisonnable, et avec objectivité et impartialité ¹⁶.

Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des

coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et (i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ou (ii) nécessitent d'un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux;

- impliquent des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier; ou
- sont dispensés par un prestataire de soins de santé qui, au
 cas par cas, pourrait susciter des inquiétudes graves et spécifiques liés à la qualité ou à la sûreté des soins, à l'exception des soins de santé soumis à la législation de l'Union
 européenne garantissant un niveau minimal de sûreté et
 de qualité sur tout le territoire de l'Union européenne ¹⁷.

b) Demande de prise en charge des frais

La demande de prise en charge des frais doit être adressée à la Caisse nationale de santé¹⁸.

La demande écrite doit émaner d'un médecin et être présentée sous forme d'un formulaire spécial, repris à l'annexe L des statuts de la CNS. Elle doit contenir au moins les renseignements suivants¹⁹:

- les données d'identification de la personne protégée (noms, adresse, numéro d'identification unique);
- les données d'identification du médecin prescripteur;
- la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger;
- le diagnostic précis moyennant codification CIM10 à 4 caractères;
- la date de début de traitement avec l'indication de la durée prévisionnelle du traitement;

- l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de l'assuré;
- la nature du traitement;
- la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement;
- le cas échéant, l'information que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande;
- l'indication et la motivation du moyen de transport.

¹⁵ Directive 2011/24/UE, article 9.1.. CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan contre Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, C-56/01, I-12403.

¹⁶ Directive 2011/24/UE, article 9.2.. CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan.

¹⁷ Directive 2011/24/UE, article 8.2.

¹⁸ Statuts de la CNS, article 27, alinéa 1: « La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues à l'article 26 des présents statuts est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aux fins de l'obtention de cette autorisation, la personne protégée présente à la Caisse nationale de santé une demande d'autorisation préalable émanant d'un médecin dans les formes définies au paragraphe 2. ». L'adresse d'envoi est : CNS, Service Transfert à l'étranger, L-2980 Luxembourg.

¹⁹ Statuts de la CNS, article 27 (2).





Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Matricule du patient	
Nom et prénom	
Adresse	
Caisse de maladie compétente	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	
S'agit-il des suites d'un accident	du travail oui Numéro d'accident U/
1) Nom, adresse et désignation p	précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger
2) Diagnostic précis moyennant	codification ICD10/CIM10 (
	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire
3) Indication des équipements r	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée
Indication des équipements r recours lors du traitement de l	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée et critères justifiant le traitement (Rapport médical en annexe)
3) Indication des équipements r recours lors du traitement de l 4) Motivation exposant les faits e	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée et critères justifiant le traitement (Rapport médical en annexe)
3) Indication des équipements r recours lors du traitement de l 4) Motivation exposant les faits e	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée et critères justifiant le traitement (Rapport médical en annexe)
3) Indication des équipements r recours lors du traitement de l 4) Motivation exposant les faits e	médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire la personne protégée et critères justifiant le traitement (Rapport médical en annexe)

²⁰ Formulaire à télécharger sous le lien https://cns.public.lu/dam-assets/formulaires/transfert-a-etranger/Demande_Transfert_Etranger_ FR_07_2017_.pdf.

5) Nature du traitement	Date prévue du début	* Durée prob	able		
consultation			jour(s)	semaines	mois
examen spécial (imagerie, biologie, électr	rophysiologie, etc.)		jour(s)	semaines	mois
traitement ambulatoire			jour(s)	semaines	mois
traitement stationnaire			jour(s)	semaines	mois
cure thermale			jour(s)	semaines	mois
cure de convalescence			jour(s)	semaines	mois
	lez s.v.p. remplir le formulaire spéci (position allongée ou immobilisée) * Cachet du médeci			re du médecin	
À envoyer à: CNS – Service « Transfel	rt à l'étranger» – L-2980 Luxembourg				
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné	S Date		Się	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS Accord Refus	S Date		Siç	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS	S Date		Siç	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS Accord Refus	S Date		Siç	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS Accord Refus	S Date Date		Siç	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS Accord Refus Motivation Avis médical du CMSS pou Accord Refus	S Date Date		Siq	gnature	
Avis administratif de la CN Conditions de prise en charg administratives remplies Oui Non Prestataire conventionné Avis médical du CMSS Accord Refus Motivation Avis médical du CMSS pou Accord Refus	S Date Date		Signature		

Si vous souhaitez bénéficier de la prise en charge en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, il faut le demander expressément²¹. Si non, la CNS apprécie la demande au regard de l'application du Règlement 883/2004, pour autant qu'elle

concerne un traitement dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen²².

(c) Examen de la demande

La demande est vérifiée, dès sa réception, par la Caisse nationale de santé en ce qui concerne les conditions de forme²³.

Ensuite, le volet médical de la demande est apprécié par le Contrôle médical de la sécurité sociale qui est saisi par la CNS^{24} .

Un avis motivé négatif est émis par le Contrôle médical si les prestations ne sont pas conformes aux articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale²⁵.

9

Note d'explication 4 : Prestations conformes aux articles 17, alinéa 1, et 23, alinéa 1, du Code de la sécurité sociale

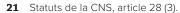
Les prestations dites conformes sont les suivantes :

- · Soins de médecine
- · Soins de médecine dentaire
- Traitements effectués par des professionnels de santé
- Analyses de biologie médicale
- Orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires
- Médicaments, sang humain et composants sanguins
- Dispositifs médicaux et produits d'alimentation médicale
- Traitements effectués en milieu hospitalier
- Séjours à l'hôpital en cas d'accouchements et hospitalisations (à l'exception du séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier)

- Cures thérapeutiques et de convalescence
- Soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles
- Transport de malades
- Soins palliatifs
- Psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental

(Code de la sécurité sociale, article 17, paragraphe 1)

Les prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé de l'assuré. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire, doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale (Code de la sécurité sociale, article 23, paragraphe 1).



22 Statuts de la CNS, article 28 (2).

23 Code de la sécurité sociale, article 20 (2); Statuts de la CNS, article 28 (1).

24 Statuts de la CNS, article 28 (4).

25 Statuts de la CNS, article 28 (4).

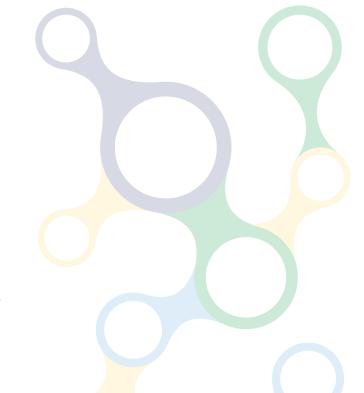


Illustration 3 : Les « données acquises par la science »

Une assurée s'est vue refuser l'autorisation de transfert pour un traitement stationnaire par cure dans un établissement à Greiz (Allemagne). L'établissement concerné ne serait pas conventionné en Allemagne et le traitement en cause ne serait pas conforme aux données acquises par la science.

L'expert nommé par le Conseil arbitral de la sécurité sociale est arrivé à la conclusion que le traitement en cause ne dépassait ni l'utile ni le nécessaire, et correspondait au mieux à l'état de santé de la patiente et était conforme aux données acquises par la science. Il s'agissait en l'espèce d'un traitement centré sur la normalisation de la flore intestinale, sur la diminution du stress oxydatif, sur la désintoxication essentiellement acido-basique, sur la régulation des systèmes biologique et immunitaire sur le traitement anti-oxydatif.

Le traitement avait été instauré en raison des échecs des traitements plus traditionnels effectués en vue de remédier à une dépression majeure et à un syndrome de fatigue chronique responsables d'un état asthénique important. Il faisait partie des traitements holistiques et intégratifs.

Etant donné la nature, le mode d'action, les points d'impact et l'efficacité du traitement en cause, le Conseil arbitral a jugé que ce traitement est conforme aux données acquises par la science.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 10 juin 2016, S. c/ CNS, affaire CNS 223/14

Dans son appréciation, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit rendre compte de l'évaluation médicale objective de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de

l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande²⁶. Cette évaluation est documentée sur la demande d'autorisation²⁷.

Illustration 4 : L'avis du Contrôle médical sur l'adéquation du traitement

L'assuré avait sollicité le transfert à l'étranger pour suivre un traitement stationnaire à Bruxelles (Belgique). Le Président de la CNS refuse l'autorisation au motif qu'un traitement adéquat est possible au Luxembourg. Sur recours du patient, le Conseil arbitral estime que la CNS ne s'est prononcée que sur la possibilité du traitement au Luxembourg, mais non sur son adéquation.

Le Conseil arbitral donne raison au patient. La seule information au demeurant non documentée du médecin comme quoi un traitement était possible dans les établissements hospitaliers luxembourgeois cités dans l'avis

du Contrôle médical ne démontre pas que ce médecin ait notamment eu connaissance ou fait une évaluation médicale objective de l'état pathologique du requérant, de ses antécédents ou de l'évolution probable de sa maladie. Par ailleurs, un médecin luxembourgeois avait certifié que, dans la spécialité envisagée, la technique de traitement nouvelle n'était pas maîtrisée de façon optimale au Luxembourg.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 20 juin 2014, F. c/ CNS^{28}

Sur base de cette évaluation, le Contrôle médical émet un avis sur la question de savoir si les prestations demandées peuvent ou non être dispensées au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical.





²⁶ Statuts de la CNS, article 28 (6) sub 1.

²⁷ Statuts de la CNS, article 28, paragraphe 6, point 1).

²⁸ Le jugement a été réformé en instance d'appel (Conseil supérieur de la sécurité sociale, 29 février 2016, CNS c/F., affaire no 2016/0049).



Illustration 5 : Le caractère succinct des avis du Contrôle médical

Dans une affaire finalement gagnée par le patient contre la CNS, les deux juridictions de sécurité sociale critiquent l'avis du Contrôle médical dans les termes suivants : justifiant le transfert à l'étranger libellée par le docteur \dots à l'appui de la demande en autorisation du transfert à l'étranger \dots ».

« ... en ajoutant que les avis plus que succincts du Contrôle médical de la sécurité sociale ..., se bornant à retenir que « ... traitement possible au Luxembourg ... », et ne prenant même pas position quant à la motivation détaillée Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 17 janvier 2013, K. c/ CNS; Conseil supérieur de la sécurité sociale, 6 juin 2014, CNS c/ K., No 2014/0121



Illustration 6 : La charge de la preuve

Pour un traitement de neuroradiologie interventionnelle, la CNS a fait plaider en appel (alors qu'elle avait perdu devant le Conseil arbitral) que l'intervention aurait pu être dispensée au patient dans son Etat de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se joint du côté de la CNS. D'après la juridiction d'appel, il appartient à l'assuré d'établir que l'intervention ne peut lui être dispensée dans son pays de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. Cette preuve ne serait pas rapportée en l'espèce.

Source : Conseil supérieur de la sécurité sociale, 29 février 2016, CNS c/ F., affaire no 2016/0049

Si les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, le Contrôle médical rend son avis sur le caractère indispensable des prestations demandées²⁹.



Illustration 7: Mauvaise communication entre la CNS et le Contrôle médical

Un patient ne pouvait obtenir le remboursement d'un traitement dentaire effectué auprès d'un dentiste établi en Allemagne. Il a été informé par la CNS que son dossier resterait en suspens jusqu'à ce qu'il fournisse des radiographies dentaires avec les implants.

Toutefois, le réclamant refusait de se déplacer à nouveau à Heidelberg auprès de son dentiste uniquement pour effectuer de nouvelles radiographies, alors que son traitement était terminé et que de nouvelles radiographies ne se justifiaient pas d'un point de vue médical.

Selon le Contrôle médical de la sécurité sociale, saisi par la Médiateure, la réalisation de nouvelles radiographies n'est pas nécessaire et un avis peut être établi suite à un examen dentaire, à défaut d'imagerie médicale des implants. Apparemment, le Contrôle médical n'avait jamais donné à la CNS la consigne d'exiger toujours des radiographies des implants.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2015, téléchargeable sous <u>www.ombudsman.lu</u>, p. 25

L'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas envoyé au patient. Il ne peut être deviné qu'à travers la décision de la CNS, lorsqu'elle accorde (en cas d'avis positif) ou refuse (en cas d'avis négatif) l'autorisation sollicitée.

Commentaire 1 : L'absence de communication des avis du Contrôle médical

Le Conseil d'administration de la CNS a l'habitude de ne verser au dossier, et donc manque de communiquer au patient, les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale,

La question se pose si ce défaut de communication ne viole pas les droits de la défense du patient qui n'est pas mis dans la situation de pouvoir évaluer la régularité formelle et sur le fond des avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Notons que le règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes, et notamment son article 4 requiert que les avis des organismes consultatifs pris préalablement à une décision doivent être motivés et énoncer les éléments de fait et de droit sur lesquels ils se basent.



Commentaire 2 : La conformité de la décision administrative à l'avis du Contrôle médical

Le Conseil d'administration de la CNS se réfère à plusieurs reprises aux avis « conformes non favorables » du Contrôle médical de la sécurité sociale, et à l'article 419, alinéa 5, du CSS qui commanderaient de se conformer à l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

La mission du Contrôle médical de la sécurité sociale est celle d'évaluer l'état de santé des assurés (article 419, alinéa 1, CSS) et de conseiller la CNS en vue de la prise en charge des prestations de sécurité sociale (article 419, alinéa 2, CSS).

Or, le système tel qu'instauré par l'article 419, alinéa 5, CSS revient à accorder au Contrôle médical de la sécurité sociale un droit de veto général, sans exception, et auquel le Conseil d'administration de la CNS ne saurait déroger.

L'article 419, pris en son alinéa 5, CSS n'est-il par conséquent pas contraire à l'article 397, alinéa 2, CSS qui prévoit que seuls les actes posés par le Président et par le Conseil d'administration engagent la CNS ? Ou à la Constitution luxembourgeoise ?

La CNS doit traiter le dossier dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins. Elle dispose d'un délai maximum de 3 semaines pour transmettre sa décision à l'assuré. Le délai court à partir de la réception par la CNS de la demande complète. Si la CNS n'est pas en mesure de répondre à la demande dans ce délai, elle doit en informer l'assuré et lui faire part des circonstances suspendant le délai de traitement de la demande³⁰.

(d) Décision de la CNS

La Caisse nationale de santé accorde l'autorisation de traitement à l'étranger si les prestations demandées font partie des prestations prises en charge en vertu de l'article 17, alinéa 1, du Code de la sécurité sociale et si selon l'avis du Contrôle médical elles ne peuvent être dispensées au Luxembourg à la personne protégée dans un délai ou une qualité acceptable sur le plan médical, sur base d'une évaluation médicale objective, documentée sur la demande d'autorisation, de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur ou de la nature de son handicap au moment de cette demande³¹.

Si les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, l'autorisation est également accordée si les prestations sont indispensables selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale³².

Autorisation S2

Si les conditions sont remplies dans le cadre du Règlement 883/2004 (e.a. si la demande concerne un établissement ou un hôpital conventionné dans le pays de traitement), la CNS procède à l'émission d'un formulaire S2 qui atteste le droit à un traitement programmé dans un autre pays membre de

³⁰ Statuts de la CNS, article 28 (11). Voy. directive 2011/24/UE, article 9.3.

³¹ Code de la sécurité sociale, article 20 (2). Statuts de la CNS, article 28 (6) sub 1). Directive 2011/24/UE, article 8.5.

³² Code de la sécurité sociale, article 20 (2). Statuts de la CNS, article 28 (6) sub 2.

l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse. Le formulaire mentionne l'adresse de l'ayant droit de la prise en charge des frais, la durée de la prise en charge pour les prestations et, si possible, l'établissement appelé à dispenser les soins. La décision est accompagnée d'un courrier d'information sur les droits et obligations du patient³³. Le cas échéant, un titre de prise en charge pour le moyen de transport autorisé est émis³⁴.

Le S2 est valable pour la période indiquée au point 2.3.1 du formulaire. En général cette durée de validité correspond à la durée que le médecin prescripteur a demandée et sur base de laquelle le Contrôle médical de la sécurité sociale a donné son avis. Une prolongation, si nécessaire, peut être demandée par les médecins traitants sur justification médicale.

Un renouvellement peut être demandé par les médecins traitants sous les mêmes formes que la première demande.

Dans le cadre du règlement 883/2044 le traitement est seulement pris en charge pour l'établissement figurant sur le S2, qui doit être un établissement conventionné dans le pays de traitement. La demande de transfert concerne forcément un traitement précis dans un établissement précis et est autorisé par la CNS sur avis favorable du CMSS.

Dans le cas où, après délivrance du formulaire S2 (ex-E112), une nouvelle consultation du médecin ou de l'hôpital étranger est nécessaire pour garantir un suivi médical du traitement, le Contrôle médical a la possibilité de dispenser le patient de présenter une nouvelle demande formelle³⁵.

Le formulaire S2 est également valable si, lors d'un séjour dans un hôpital étranger, le médecin traitant décide qu'un traitement urgent est nécessaire dans un autre établissement même en dehors de l'UE. Dans un tel cas, la CNS ne peut exiger du patient qu'il retourne à son domicile afin de se soumettre à un contrôle médical. Il revient aux services de l'État membre, dans lequel le détenteur du formulaire S2 s'est rendu pour se faire soigner, de décider du traitement adéquat. De façon générale, la caisse de maladie du domicile est liée par les décisions liées à la pathologie diagnostiquée ainsi que les mesures thérapeutiques nécessaires. La décision de faire prodiguer les soins dans un État non membre de l'UE fait partie de ces décisions. Tant que le traitement reste objectivement adéquat, il est couvert par l'attestation S2³⁶.

Il n'est pas clairement défini si le médecin étranger qui offre le traitement est obligé de réceptionner le formulaire S2. Donc, il est préférable que l'assuré s'informe au préalable auprès du centre spécialisé à l'étranger, s'ils sont d'accord de réceptionner le formulaire S2 et de faire toutes les démarches requises auprès de la caisse de maladie légale à l'étranger. Si le centre spécialisé ne fait pas les démarches, l'assuré doit veiller à se renseigner auprès d'une caisse de maladie locale de son choix sur la procédure à respecter avec le formulaire S2.

Pour des traitements utilisant des dispositifs médicaux hautement spécialisés ou autres, soumis à des procédures spéciales d'autorisation par la caisse de maladie du lieu de traitement, il est important que le formulaire S2 avec la demande d'autorisation de prise en charge du dispositif médical, soient introduits à la caisse de maladie à l'étranger pour accord. En général le centre spécialisé étranger veille au respect de ses procédures.

Si le prestataire refuse la prise en charge sur base du S2, l'assuré est obligé à payer la facture et à demander le remboursement. En cas de traitement stationnaire les centres conventionnés devraient facturer directement les soins avec la caisse du pays



³³ Statuts de la CNS, article 28 (7). Directive 2011/24/UE, article 8.3.

³⁴ Statuts de la CNS, article 28 (12).

³⁵ Statuts de la CNS, article 27 (3).

³⁶ CJCE, 12 avril 2005, les héritiers d'Annette Keller contre INSS et Ingesa, C-145/03, I-2529.

de traitement. Il arrive parfois qu'ils exigent un formulaire de prise en charge établi par cette caisse de maladie locale.

Lorsque, en cas de traitement stationnaire, l'assuré reçoit une facture de la part de l'établissement alors qu'un S2 lui a été délivré, il est utile de prendre contact avec l'établissement pour éventuellement arriver à effectuer une prise en charge directe³⁷.

Accord « Directive »

Si les conditions au regard du Règlement 883/2004 ne sont pas remplies, la CNS émet une autorisation dans le cadre de

l'article 20 CSS (système « Directive »)³⁸. Il est ainsi si un formulaire S2 ne peut être établi, parce que les soins ne tombent pas sous le champ d'application de l'assurance maladie (p.ex. maladies rares), ou parce que les soins sont réalisés dans un établissement privé ou que l'assuré opte pour l'application des dispositions de la directive.

Si la demande concerne un établissement privé non conventionné qui n'accepte pas le S2, le titre de prise en charge vaut uniquement pour l'établissement précis indiqué sur la demande.

(e) Réaction en cas de refus

Si les conditions ne sont remplies ni en vertu du Règlement 883/2004 ni de l'article 20 CSS, la CNS émet une décision de refus de prise en charge³⁹. Elle doit viser les dispositions spécifiques sur lesquelles elle repose. Par ailleurs, le refus doit être dûment motivé au regard de ces dispositions⁴⁰.

Les refus de la Caisse nationale de santé peuvent reposer sur des raisons aussi bien médicales qu'administratives⁴¹.

Les refus administratifs sont fréquemment motivés par le fait que la prestation sollicitée n'est pas prévue dans le système de soins du pays où doit se faire le traitement, ou que les prestataires choisis dans l'autre État de l'Union européenne ne disposent pas de convention avec le système légal d'assurance maladie du pays de délivrance des soins⁴². Dans ces cas-là, la CNS ne délivre pas d'autorisation, au motif que dans le pays du traitement la prise en charge de tels soins n'est pas prévue.



³⁷ Le Département international de la CNS peut aussi être sollicité, les gestionnaires s'appliqueront à convaincre le prestataire d'accepter le formulaire S2 et de retirer la facture.

³⁸ Statuts de la CNS, article 28 (8).

³⁹ Statuts de la CNS, article 28 (10).

⁴⁰ Code de la sécurité sociale, article 20 (2). Voy. Directive 2011/24/UE, article 9.4.. CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan.

⁴¹ Le nombre de refus émis par la CNS s'élève à 1.549 en 2017, et à 941 en 2018. Source : Réponse du Ministre de la Sécurité sociale du 26 juin 2019 à la question parlementaire no 738 des députés Martine Hansen et Marc Spautz du 17 juin 2019.

⁴² Voy. Jean-Marie Feider, Intervention relative aux prestations médicales à l'étranger, Conférence sur les aspects du droit « européen de la consommation », 14 octobre 2005, page 8.



Note d'explication 5 : Prévalence du droit européen par rapport au droit luxembourgeois

La médiateure est régulièrement saisie pour les affaires concernant les soins de santé transfrontaliers. Dans son rapport de 2017, elle évoque le cas de deux réclamantes qui se sont vu refuser une demande d'autorisation préalable en vue d'une consultation dans des hôpitaux étrangers par la CNS.

Le motif de ce refus a été tiré des dispositions de la loi du 1^{er} juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011. La CNS a fait valoir que la procédure d'autorisation préalable n'est applicable que si les prestations de soins de santé transfrontaliers impliquent soit un séjour de l'assuré dans un hôpital pour au moins une nuitée, soit le recours à des infrastructures hautement spécialisées et coûteuses. Selon la loi du 1^{er} juillet 2014 portant transposition de la directive susvisée, seuls des « soins hospitaliers stationnaires ainsi que des traitements impliquant le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux » tomberaient sous le champ d'application de l'autorisation préalable.

La Médiateure s'est référée pourtant au considérant (31) de la directive susvisée dont il résulte que les dispositions de celle-ci n'ont pas pour effet « de faire perdre aux assu-

rés les droits plus avantageux garantis par les règlements de l'Union portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale lorsque les conditions fixées par les règlements sont réunies ».

La Médiateure a rappelé que sur la base de l'article 20, § 2 du règlement (CE) n° 883/2004, l'autorisation préalable et le remboursement doivent être accordés si le traitement est prévu dans la législation de l'Etat membre compétent et s'il est impossible dans le pays de résidence dans un délai médicalement acceptable, compte tenu de l'état de santé du demandeur et de l'évolution de sa maladie.

La Médiateure a signalé que les dispositions du règlement européen sont directement applicables. La loi luxembourgeoise transposant la directive ne peut donc pas être invoquée pour motiver un refus d'application de l'article 20, § 2 du règlement (CE) n° 883/2004.

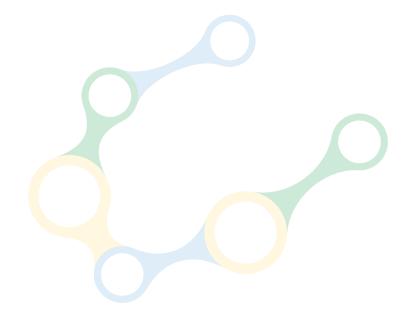
Finalement, la CNS s'est montrée sensible aux arguments du Médiateur et a accordé l'autorisation aux réclamantes.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2017, téléchargeable sous <u>www.ombudsman.lu</u>, page 110

Des raisons médicales sont avancées pour un rejet, notamment lorsque le Contrôle médical est d'avis que les soins peuvent tout aussi bien être prodigués au Luxembourg, ou si le médecin traitant n'a pu prouver que les soins médicaux au Grand-Duché ne sont pas adéquats.

En effet, la prise en charge des frais peut être refusée lorsque les soins envisagés à l'étranger peuvent être dispensés sur le

territoire luxembourgeois dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment de chaque patient concerné et de l'évolution probable de sa maladie⁴³, lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun au Luxembourg⁴⁴.



⁴³ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.04.2004, p. 1-123, article 20.2. Directive 2011/24/UE, article 8.6.d.

⁴⁴ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan.

Illustration 8 : Le cas de la Schlittenprothese

L'assuré, souffrant d'arthrose du genou gauche, a sollicité son transfert à l'étranger en vue d'un traitement stationnaire dans un hôpital à Kaiserslautern. L'autorisation est refusée : selon le Contrôle médical, un traitement adéquat est possible au Luxembourg. Un transfert ne serait pas justifié, ne correspondrait pas aux conditions d'économicité et constituerait une simple convenance personnelle, le Luxembourg disposant de plusieurs services hospitaliers offrant le type d'intervention sollicité.

Le Conseil arbitral donne raison à la CNS. L'assuré n'aurait pas apporté des considérations médicales motivées susceptibles de révoquer en doute l'avis du Contrôle médical et de nature à établir les frais et critères de qualité de soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement en question⁴⁵.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 17 novembre 2014, S. c/ CNS, affaire CNS 95/14

Commentaire 3 : La preuve à charge de l'assuré

Comment un assuré peut-il apporter des considérations médicales motivées susceptibles de révoquer en doute l'avis du Contrôle médical ? Comment peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il établisse les frais et critères de qualité de soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement en question au Grand-Duché de Luxembourg ?

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 17 novembre 2014, A. c/ CNS. Conseil supérieur de la sécurité sociale, 29 février 2016, VNS c/ A., affaire no 2016/0050

月

Illustration 9 : Patiente déjà suivie pendant 20 ans à l'étranger

Une patiente âgée de 83 ans demande le transfert à l'étranger pour une intervention chirurgicale au genou gauche dans un hôpital à Paris (France). Selon la CNS, un traitement adéquat est possible au Luxembourg et le transfert dépasse l'utile et le nécessaire.

Le Conseil arbitral donne raison à la patiente. Le refus de la CNS serait de nature à restreindre de manière injustifiée et disproportionnée la liberté de prestation des services et le droit à la santé de l'assurée. La décision de refus serait de nature à rompre au détriment de la patiente l'équilibre entre la protection sociale de l'assurée et les exigences liées aux raisons d'intérêt général.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale penche du même côté que la juridiction de première instance après avoir apprécié le cas concret de la patiente. Depuis un accident de la circulation très grave subi en 1954, la patiente avait dû se soumettre à de multiples interventions chirurgicales. Elle était suivie médicalement depuis une vingtaine d'années à l'hôpital de Paris. En 2011 et 2012, des transferts à l'étranger lui avaient été accordés. Le contexte orthopédique de la patiente était lourd (prothèse de la hanche droite en 1991 avec opérations subséquentes itératives en raison d'une infection à ce niveau, prothèse totale de la hanche gauche en 2012). Selon le Conseil supérieur, l'équipe du médecin parisien, consciente des problèmes orthopédiques complexes et des problèmes infectieux de la patiente, est la meilleure placée pour prendre en charge l'intervention chirurgicale de l'assurée, alors qu'elle a à sa disposition le dossier médical complet de sa patiente. Pour cette pathologie complète, un traitement adéquat et une qualité de soins suffisante avec les mêmes chances de succès ne pourraient être assurés au Luxembourg.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 17 novembre 2014, A. c/ CNS. Conseil supérieur de la sécurité sociale, 29 février 2016, VNS c/ A., affaire no 2016/0050

⁴⁵ En appel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale a, par réformation de la décision du Conseil arbitral, dit la demande de transfert irrecevable, alors qu'elle était signée par un médecin généraliste, et non pas par un médecin spécialiste, tel que le requérait l'article 27, alinéa 1er, des statuts de la CNS (Conseil supérieur de la sécurité sociale, 3 avril 2017, S. c/ CNS, affaire 2017/0140). Entre-temps, l'article 27 des statuts de la CNS ne mentionne plus cette exigence.



Illustration 10 : La confiance légitime dans le comportement de l'Administration

Une patiente s'est vue délivrer, à partir de 2013 et jusqu'en 2017, quatre autorisations S2 pour un traitement de perfusion d'immunoglobuline dans un hôpital à Londres (Royaume-Uni) alors qu'elle souffre d'un déficit en sousclasse d'IgG. Lorsque son médecin traitant luxembourgeois demande le renouvellement de l'autorisation S2 en octobre 2018, l'autorisation est refusée, au motif qu'un traitement adéquat est possible au Luxembourg et que le transfert sollicité constitue une convenance personnelle qui ne remplit pas les critères d'économicité.

La patiente, dans son recours devant le Conseil arbitral, plaide qu'elle doit légitimement croire que l'Administration, en l'espèce la CNS, maintienne sa position antérieure, dans des situations factuelles qui sont exactement les mêmes que celles observées depuis 2013.

L'affaire est pendante devant le Conseil arbitral.

Source: Recours du 3 juin 2019, R. c/ CNS, affaire CNS 124/19

Au cas où la Caisse nationale de santé refuse de prendre en charge les frais, au motif que des thérapies suffisantes et appropriées sont proposées au Luxembourg, et qu'il n'y a aucune nécessité médicale vous obligeant à vous faire soigner dans une clinique à l'étranger, vous avez néanmoins la possibilité d'avancer les arguments suivants en vous référant au droit de l'Union européenne⁴⁶:

• L'autorisation ne pourra plus vous être refusée pour absence de nécessité médicale que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun en ayant recours à un établissement avec lequel la caisse de maladie de l'assuré a conclu une convention. Lors de cette évaluation, il faudra tenir compte, d'un point de vue médicalement objectif, non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée, mais aussi de ses antécédents, de l'évolution probable de la maladie ainsi que du degré de douleur et/ou de la nature du handicap⁴⁷.



⁴⁶ CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms.

⁴⁷ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan.

Illustration 11: Deux échecs à Luxembourg, mais pas une 3e fois

Un patient luxembourgeois a subi une prostatectomie en 2008 par un médecin luxembourgeois, suivi de 35 séances de radiothérapie. Des complications postérieures à l'opération sont apparues sous la forme d'une protubérance sus-pubienne à droite de la ligne médiane. Il se soumet à deux interventions en 2009 aux fins de relever la hernie inguinale. Les deux opérations se soldent par un échec.

Il demande à la CNS d'être transféré vers une clinique de Mougins (France), spécialisée dans les chirurgies de la paroi abdominale, pour y subir une hernioplastie inguinale bilatérale et cure d'éventration par médiane.

Le Contrôle médical rend des avis négatifs sans ausculter l'assuré, et la CNS refuse l'autorisation en disant notamment que le traitement sollicité serait possible au Luxembourg. On lui conseille une troisième opération au Luxembourg, cette fois-ci par une ouverture horizontale du ventre et non plus verticale.

Le Conseil arbitral nomme un expert avec la mission de se prononcer sur les pathologies et sur la question de la possibilité de réaliser un traitement adéquat au Luxembourg. L'expert arrive à la conclusion que les conditions pour une prise en charge des frais par la CNS sont remplies. Le Conseil arbitral entérine ces conclusions et réforme la décision de la CNS.

Selon le Conseil supérieur, il est avéré qu'il n'existe pas de spécialistes, chirurgiens de la paroi abdominale, au Luxembourg. La pratique et les frais viendraient énerver l'affirmation de la CNS selon laquelle l'opération sollicitée était parfaitement faisable au Luxembourg. Le Conseil supérieur poursuit : « Il ne peut en effet être exigé des assurés qu'ils se soumettent à plusieurs expériences opératoires, à des essais chirurgicaux à Luxembourg jusqu'à trouver ceux qui seront couronnés de succès, avant de se voir accorder l'accord préalable pour un transfert à l'étranger ». L'appel de la CNS est déclaré non fondé.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 17 janvier 2013, K. c/ CNS ; Conseil supérieur de la sécurité sociale, 6 juin 2014, CNS c/ K., No 2014/0121

Illustration 12: Traitement mini-invasif

Un assuré, qui souffre d'atteinte discale avec sciatalgie gauche, souhaite se faire soigner dans un hôpital à Porto (Portugal) pour une intervention de nucléoplastie mini-invasive percutanée. Selon la CNS, un traitement adéquat est possible au Luxembourg; l'autorisation est refusée le 5 juillet 2013.

L'assuré se fait quand même opérer fin juillet 2013.

Le Conseil arbitral réforme la décision de la CNS en 2014: la simple faisabilité d'un traitement au Luxembourg demeurerait insuffisante pour conclure au rejet de la demande de l'assuré.

En instance d'appel, la CNS fait plaider que le transfert dépasse l'utile et le nécessaire ainsi que les conditions d'économicité, alors que le traitement est possible au Luxembourg.

Le Conseil supérieur ne l'entend pas de cette oreille : aucun élément du dossier ne permettrait d'établir que le traitement était possible au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical. Au contraire, le traitement mini-invasif aurait été couronné de succès et aurait permis d'épargner au patient une intervention plus lourde de risques ou de conséquences, ce qui, selon la Conseil supérieur, plaide à son tour pour l'économicité du traitement en question. L'appel de la CNS est rejeté.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 14 février 2014, V. c/ CNS ; Conseil supérieur de la sécurité sociale, 23 janvier 2015, CNS c/ V., No 2015/0019







Illustration 13: Un défaut de médicaments justifie l'autorisation préalable

L'autorisation préalable ne peut être refusée lorsque c'est en raison d'un défaut de médicaments et de fournitures médicales de première nécessité que les soins hospitaliers dont il s'agit ne peuvent être dispensés en temps opportun dans l'État membre de résidence de l'assuré social. Cette impossibilité doit être appréciée au niveau de l'ensemble des établissements hospitaliers de cet État membre aptes à dispenser lesdits soins et au regard du laps de temps au cours duquel ces derniers peuvent être obtenus en temps opportun.

Dans une affaire roumaine, une patiente souffrait depuis plusieurs années d'affections vasculaires graves. Elle a eu, au cours de l'année 2007, un infarctus du myocarde à la suite duquel elle a subi une intervention chirurgicale. Au cours de l'année 2009, son état de santé s'étant détérioré, elle a été hospitalisée à l'Institutul de Boli Cardiovasculare (institut des maladies cardiovasculaires) de Timișoara (Roumanie). Les examens médicaux qu'elle y a subis ont conduit à la décision de procéder à une opération à cœur ouvert pour remplacer la valve mitrale et implanter deux endoprothèses vasculaires.

Estimant que les conditions matérielles de cet établissement hospitalier étaient insatisfaisantes pour subir une telle intervention chirurgicale, la patiente a décidé de se rendre dans une clinique en Allemagne, où cette intervention a été effectuée. Le coût de cette dernière et les frais d'hospitalisation post-opératoire se sont élevés à la somme totale de 17 714,70 euros. Avant de se rendre en Allemagne, elle avait sollicité la prise en charge de cette intervention au moyen du formulaire E 112. Sa demande a été rejetée au motif qu'il ne ressortait pas du rapport du médecin traitant que la prestation demandée, qui fait partie des prestations de base, ne pouvait être effectuée dans une structure médicale en Roumanie, et ce dans un délai raisonnable au regard de son état de santé courant et de l'évolution de sa maladie.

Source : Cour de justice de l'Union européenne, arrêt du 9 octobre 2014, Elena Petru contre Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, affaire C 268/13

- L'autorisation préalable ne peut vous être refusée en se fondant exclusivement sur l'existence de listes d'attente, celles-ci étant destinées à planifier et gérer l'offre hospitalière en fonction de priorités cliniques préétablies en termes généraux. La CNS doit bien plus tenir compte de votre santé personnelle et s'assurer que le délai d'attente prévu ne dépassera pas le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective de vos besoins cliniques⁴⁸. Par ailleurs, la fixation des délais d'attente doit être conçue d'une manière
- souple et dynamique, afin qu'un délai initialement notifié puisse être reconsidéré en fonction d'une dégradation de votre état de santé qui surviendrait postérieurement..
- L'autorisation ne peut vous être refusée au motif que le traitement dans un autre État est plus cher qu'au Luxembourg. Une telle argumentation est insuffisante, tant que les délais d'attente au Luxembourg dépassent le délai acceptable d'un point de vue médical.

Illustration 14: Le prix du traitement

Un résident luxembourgeois se faisait régulièrement prodiguer des soins de rééducation ambulants dans une clinique à Allensbach (Allemagne). Après que la CNS ait refusé l'autorisation préalable demandée, le Conseil arbitral a chargé un expert (en la personne d'un médecin luxembourgeois spécialiste en neurologie) d'apprécier si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient est réalisable en temps opportun par un établissement au Grand-Duché et quel en serait le coût.

L'expert affirme que le coût relatif à des traitements dans des services gériatriques et au Rehazenter lui est inconnu et que cette question déborde largement le cadre d'une expertise neurologique.

A l'audience du 26 février 2015 la CNS, de son côté, précise que « le prix ne doit pas jouer pour savoir si le traitement est à faire au Luxembourg ou en Allemagne ; il ne faudrait pas prendre en compte un cas d'espèce, mais

considérer les cas identiques pour apprécier le déséquilibre de la sécurité sociale ; le Rehazenter aurait mis en place des traitements et des structures financés par l'Etat luxembourgeois. »

Le patient se défend en présentant des chiffres concrets selon des renseignements pris en 2012. Pour des soins pendant 28 jours, la clinique allemande facture 4.761,40 euros, et la Rehazenter 17.592,40 euros, soit 3,69 fois plus cher.

L'élément d'économicité, que la CNS a daigné ne pas appliquer dans cette affaire malgré l'article 23 du Code de la sécurité sociale, amène le Conseil supérieur à rejeter l'appel de la CNS. A noter que la CNS n'avait pas pu contester les chiffres invoqués par le patient.

Source : Conseil supérieur de la sécurité sociale, 26 mars 2015, CNS c/ M., No 2015/0076

Au cas où la Caisse nationale de santé motive son refus par le fait que le traitement envisagé n'est pas considéré comme usuel dans les milieux professionnels concernés, vous avez la possibilité d'avancer les arguments suivants en vous référant au droit de l'Union européenne⁴⁹. La prise en considération des seuls traitements habituellement pratiqués sur le territoire national et des seules conceptions scientifiques du milieu médical national en vue de déterminer ce qui est ou n'est pas usuel n'offre pas la garantie d'objectivité et d'impartialité. L'autorisation ne peut donc être refusée s'il s'avère que le traitement est suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale.

Le refus peut légitimement être prononcé pour les raisons suivantes :

 un examen clinique montre avec une certitude suffisante que le patient sera exposé à un risque de sécurité qui ne peut être considéré comme acceptable, compte tenu de l'avantage potentiel pour le patient des soins de santé transfrontaliers recherchés⁵⁰;

- il existe des raisons valables de penser que le grand public sera exposé à un risque de sécurité considérable, du fait des soins de santé transfrontaliers en question⁵¹;
- ces soins de santé doivent être fournis par un prestataire de soins de santé qui suscite des inquiétudes graves et spécifiques liées au respect des normes et des orientations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, y compris des dispositions sur la surveillance⁵².

Si le refus de la CNS vous semble reposer sur des raisons incompréhensibles, ou s'il ne respecte pas les règles précitées, vous pouvez vous adresser de nouveau à la Caisse nationale de santé et leur exposer vos arguments.

Si votre demande de prise en charge des frais est refusée, vous pouvez faire valoir vos droits en justice. La juridiction pourra désigner un expert indépendant, ce qui garantit objectivité et impartialité, si elle juge cela nécessaire dans le cadre du contrôle qu'elle se doit d'effectuer⁵³.



⁴⁹ CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms.

⁵⁰ Directive 2011/24/UE, article 8.6.a.

⁵¹ Directive 2011/24/UE, article 8.6.b.

⁵² Directive 2011/24/UE, article 8.6.c.

⁵³ CJCE, 23 octobre 2003, Patricia Inizan.



Illustration 15: La mission de l'expert

Une patiente souffrant de lipédèmes s'était vue refuser l'autorisation S2 pour un traitement à Essen (Allemagne).

Le Conseil arbitral, avant tout autre progrès en cause, a nommé comme expert un médecin-spécialiste en médecine interne avec la mission de : (a) examiner la requérante ainsi que son dossier médical et les notes et fardes de pièces versées en cause, et se prononcer dans un rapport d'expertise détaillé, circonstancié et motivé sur la ou les affections le cas échéant à retenir au titre desquelles la demande en vue d'une autorisation préalable de transfert à l'étranger a été introduite; (b) rendre ses conclusions quant à la question de savoir si ce traitement en milieu

hospitalier était approprié, s'il correspondait au mieux à l'état de santé de la requérante et s'il n'a pas dépassé l'utile et le nécessaire notamment en ce qu'il n'a pas été motivé par un pur motif d'ordre esthétique, en tenant compte de l'état de santé de la requérante et de l'évolution probable de la maladie; (c) de s'entourer, au besoin, de tous renseignements, avis spécialisés, explorations ou examens complémentaires qu'il juge utiles ou nécessaires pour accomplir sa mission; (d) de déposer son rapport le ..., sauf demande de prorogation.

Source : Conseil arbitral de la sécurité sociale, 27 octobre 2017, H. c/ CNS, Reg. No CNS 3/16

Dans le cas où vous vous faites soigner avant même d'avoir reçu une réponse définitive à votre demande de prise en charge des frais, vous ne devriez pas perdre pour autant vos droits. Si par exemple vous avez essuyé un refus et que le caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi, vous êtes en droit d'obtenir le remboursement d'un montant équivalent à celui qui aurait été supporté si l'autorisation

avait été dûment délivrée dès l'origine⁵⁴. Si vous n'avez pas attendu la clôture de la procédure judiciaire initiée à l'encontre d'une décision de refus de prise en charge des frais, le remboursement ne peut vous être refusé pour cette seule raison⁵⁵. Ces principes, consacrés par la Cour de justice de l'Union européenne, semblent cependant se trouver sous attaque de la part des juridictions luxembourgeoises.



⁵⁴ CJCE, 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel entre autres, contre l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), C-368/98, I-4325).

⁵⁵ CJCE, 18 mars 2004, Leichte, C-8/02, I-2641.

Illustration 16 : Se soumettre au traitement sans attendre le dénouement de la procédure S2

Une patiente introduit le 29 mai 2015, via son médecin allemand, une demande d'autorisation en vue d'un traitement de liposuccion (aspiration de graisse) en date du 25 août 2015. Elle souffre d'un lipédème douloureux des jambes et des bras, stade I-II.

Le Contrôle médical avise négativement le dossier le 27 juillet 2015 car il estime que « ne correspond pas aux critères de l'art 23 al 1. Acte non prévu par railleurs par la nomenclature luxembourgeoise. L'assurance maladie allemande refuse également cette prise en charge au vu des témoignages sur internet. »

Le Président de la CNS refuse l'autorisation demandée le 29 juillet 2015.

La patiente fait opposition le 29 août 2015. Dans un avis complémentaire le 28 septembre 2015, le Contrôle médical persiste en estimant que « l'intervention briguée n'a pas d'indication médicale mais une indication esthétique pure, ceci au vu de l'examen clinique du 2 septembre 2015. ».

La décision du comité-directeur de la CNS du 2 décembre 2015 confirme la décision présidentielle.

Devant le Conseil arbitral, la CNS vient plaider que le recours est irrecevable, étant donné que l'intervention chirurgicale a effectivement eu lieu le 25 août 2015, donc avant le dénouement de la procédure contentieuse.

Le Conseil arbitral rejette le moyen d'irrecevabilité. Selon les premiers juges, la demande est bien parvenue à la CNS avant le début du traitement et la décision présidentielle de refus a été notifiée à la patiente avant le début du traitement. La Cour de justice de l'Union européenne aurait aussi jugé que le caractère non fondé d'un refus d'autorisation de transfert peut être constaté après la réalisation du traitement en cause (arrêt du 12 juillet 2001, Vanbraekel e.a.c/ ANMC, C-368/09, transposable mutatis mutandis à l'article 20 du règlement 883/2004 sur ce point). Le jugement du Conseil arbitral nomme un expert avec une mission déterminée.

La CNS fait appel et maintient son moyen d'irrecevabilité pour défaut d'objet par rapport à la décision entreprise. La patiente aurait pris le choix de ne pas attendre la délivrance de l'autorisation préalable avant l'obtention des soins sollicités, et ne saurait pas par après reprendre la procédure.

Le Conseil supérieur ne suit pas la décision du Conseil arbitral. L'arrêt Vanbraekel aurait eu lieu dans un contexte de demande de liquidation des prestations, et non pas dans un contexte de demande d'autorisation préalable. La patiente aurait fait le choix de se traiter à l'étranger sans autorisation préalable, mais également sans refus définitif à ce moment. La formalité de l'autorisation préalable constitue, selon le Conseil supérieur, une formalité substantielle et doit être obtenue avant la délivrance et le paiement de la prestation afin de rendre celle-ci opposable à l'organisme d'assurance maladie compétente. Le recours de la patiente est jugé irrecevable.

Source: Conseil arbitral de la sécurité sociale, 27 octobre 2017, H. c/ CNS, Reg. No CNS 3/16; Conseil supérieur de la sécurité sociale, 11 février 2019, CNS c/ H., No 2019/0044





耳

Commentaire 4 : Irrecevabilité d'un recours

A l'appui de son moyen d'irrecevabilité, la CNS avait fait référence dans le cas évoqué précédemment (Illustration 16) à deux jurisprudences antérieures. Or, la patiente a pu démontrer que, dans la première affaire (Conseil supérieur de la sécurité sociale, 29 juin 2011, CNS c. S., No 2011/0162), prononcée par défaut à l'encontre de l'assurée, la demande d'autorisation préalable avait été déposée plus d'un mois après le traitement médical. Dans le deuxième cas (Conseil arbitral de la sécurité sociale, 15 juin 2012, F. c. CNS, no CNS 18/12) également, la demande d'autorisation avait été présentée 5 jours après le début du séjour de l'assuré dans un institut de cure. Ces jurisprudences ne peuvent, selon la patiente, s'appliquer telles quelles dans son affaire, où elle a correctement, et dans les délais légaux (bien avant le début des prestations), présenté la demande d'autorisation préalable à la CNS. L'arrêt du Conseil supérieur reste entièrement muet quant à ces points.

La position du Conseil supérieur semble être en contradiction avec la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne. Celle-ci a en effet jugé que « L'effet utile comme l'esprit de ces dispositions commandent par ailleurs de considérer que, lorsqu'un assuré social ayant introduit une demande d'autorisation sur le fondement de l'article 22, paragraphe 1, sous c), du règlement n° 1408/71 a essuyé un refus de la part de l'institution compétente et que le caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi soit par l'institution compétente elle-même, soit par une décision judiciaire, cet assuré est en droit d'obtenir directement à charge de l'institution compétente le remboursement d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge si l'autorisation avait été dûment délivrée dès l'origine. » (CJCE, arrêt du 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel e.a. c. Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), C-368/98, I-4325, point 34).

L'assurée a un intérêt à faire établir par les juridictions de sécurité sociale le caractère non fondé de ce refus, afin ensuite d'obtenir directement le remboursement d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge si l'autorisation avait été dûment délivrée dès l'origine.

Dénier à l'assurée cet intérêt, reviendrait à lui refuser toute possibilité de contester judiciairement jusqu'au bout le caractère fondé du refus et à lui enlever tous droits de défense.

Suivre le Conseil supérieur dans son argumentation reviendrait à laisser l'assuré au merci et au bon vouloir de l'autorité responsable pour l'émission de l'autorisation de transfert.

Dans le même cas d'espèce, l'assurée avait introduit ultérieurement une demande d'autorisation préalable pour une troisième (et dernière) intervention chirurgicale (liposuccion), cette fois-ci aux bras. Sa demande datait du 14 octobre 2016 et a fait l'objet d'un refus par décision présidentielle (ML/270/2016) du 28 novembre 2016. L'assurée a fait opposition le 18 décembre 2016 et a subi un examen médical de contrôle le 13 février 2017. Depuis cette date, soit depuis presque trois ans, la CNS ne daigne pas réserver à l'assurée une décision du Comité-directeur qui lui permettrait de déposer un recours devant le Conseil arbitral.

La CNS laisse donc un dossier de demande d'autorisation préalable en suspens pendant trois ans. Peut-elle raisonnablement, et légitimement, dans un tel cas reprocher à l'assurée qu'elle n'a pas attendu la clôture de la procédure judiciaire avant de se faire soigner à l'étranger ? La réponse est non.

L'arrêt du 11 février 2019 du Conseil supérieur de la sécurité sociale est hautement contestable. Elle dénie à tous les assurés le droit de défense le plus fondamental et les laisse à la merci de la CNS.

1.2. Remboursement

1.2.1. Pour des soins qui ne sont pas soumis à une autorisation préalable

Il s'agit notamment des consultations et des soins ambulatoires non hospitaliers, pour lesquels l'obtention d'une autorisation préalable n'est pas obligatoire.

(a) Dépôt de la demande de remboursement

Si vous n'avez pas demandé ou bien n'avez pas obtenu une autorisation préalable de la CNS pour les soins ambulatoires non hospitaliers reçus à l'étranger, vous pouvez déposer la demande de prise en charge à votre retour au Luxembourg. A cet effet, après avoir fait l'avance des frais, il suffit d'envoyer les factures acquittées du médecin à la CNS, au plus tard deux ans après le paiement des factures⁵⁶.

Les factures doivent être détaillées et permettre d'identifier les prestations reçues et de déterminer une analogie par rapport aux prestations prévues au Luxembourg⁵⁷.

(b) Règles de calcul du taux de remboursement

Les conditions et modalités de la réglementation luxembourgeoise sont appliquées pour le calcul de la prise en charge des frais⁵⁸. Parmi celles-ci figurent par exemple des délais, l'exigence de devis et d'ordonnances médicales. Ces conditions sont aussi applicables pour les prestataires étrangers.

La question est de savoir si l'application des règles luxembourgeoises aux prestataires étrangers – telle que requise par la CNS – se trouve en conformité avec la libre prestation des services dans l'UE.

Si, dans l'État où les soins ont été prodigués, un montant supérieur était pris en charge, cette différence ne pourrait être remboursée.

Si le montant prévu est supérieur à celui du pays où vous avez été soigné, le montant supérieur vous sera remboursé.

La prise en charge se fait aux taux et tarifs applicables au Luxembourg 59 .

Lorsque les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale de déterminer la prise en charge en assimilant les prestations de soins de santé transfrontaliers à des prestations de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'État membre de traitemen⁶⁰.

Lorsqu'il s'agit de frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers ambulatoires, la prise en charge se fait sur base et jusqu'à concurrence des montants forfaitaires correspondant aux coûts moyens déterminés pour les unités d'œuvre des entités fonctionnelles⁶¹ déduction faite de la participation personnelle journalière due⁶². Les forfaits et leurs modalités de calcul et de cumul sont prévus à l'annexe K des statuts de la CNS.

⁵⁶ Code de la sécurité sociale, article 84.

⁵⁷ Statuts de la CNS, article 23 (2).

⁵⁸ Statuts de la CNS, article 23 (2).

⁵⁹ Statuts de la CNS, article 23 (2).

⁶⁰ Statuts de la CNS, article 23 (2).

⁶¹ conformément à la convention entre la CNS et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois.

⁶² Statuts de la CNS, article 142, alinéa 3.

1.2.2. Pour des soins soumis à une autorisation préalable

Pour les soins soumis à autorisation préalable (stationnaires respectivement hospitaliers ambulatoires soumis à autorisation), les modalités de remboursement se distinguent suivant que la décision a été prise dans le système du Règlement 883/2004 ou dans le système « Directive – art. 20 CSS ».

Sont exclus, de toute façon, de la prise en charge les frais en relation avec les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge ne sont pas remplies⁶³.

(a) Système Règlement 883/2004

Sur présentation du S2 à l'institution d'assurance maladie de l'État où le traitement sera effectué, l'assuré peut prétendre aux mêmes conditions de prise en charge aux mêmes taux que les assurés sociaux du pays de traitement⁶⁴. Ce S2 n'est pas une garantie pour une prise en charge de la totalité du montant. Il permet dans la situation idéale, une prise en charge par la voie du tiers payant des frais de traitement par une caisse de maladie locale du pays de traitement.

Si le tiers payant ne s'applique pas, un remboursement est prévu aux taux des tarifs sociaux du pays de traitement par l'institution du pays de traitement.

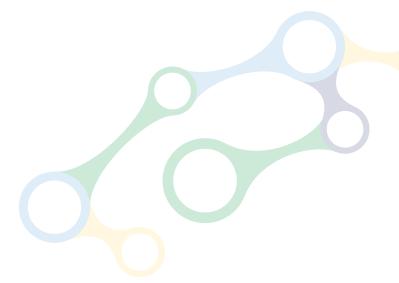
La participation personnelle, les éventuels suppléments et dépassement, restent à charge de l'assuré.

Au cas où, du fait d'un niveau de prise en charge moins élevé dans l'État membre de séjour que dans l'État membre d'affiliation, l'application de la législation de l'État de séjour laisse subsister un découvert dans ses dépenses, l'assuré a droit au paiement d'un complément différentiel⁶⁵. Pour obtenir ce

remboursement complémentaire de la part de la CNS luxembourgeoise, il faut le demander expressément et transmettre à la CNS les factures acquittées.

Ce complément différentiel s'applique, pour les traitements autorisés en milieu hospitalier stationnaire (occupation effective d'un lit avec présence à l'hôpital du patient à minuit) jusqu'à concurrence des participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation de l'État de séjour, déduction faite du montant de la participation personnelle du patient⁶⁶, pour autant que ce montant est inférieur à la participation ou la franchise⁶⁷.

Pour les traitements autorisés en milieu extrahospitalier ou en milieu hospitalier ambulatoire, le complément différentiel s'applique aux participations éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant des participations qui resteraient à charge de la personne protégée, pour autant que ce montant est inférieur aux participations dans l'État membre de séjourt⁶⁸



- 63 Statuts de la CNS, article 23 (3), dernier alinéa.
- 64 Statuts de la CNS, article 29 (1).
- **65** Statuts de la CNS, article 20 (2). Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, article 26 (7). Code de la sécurité sociale, article 44.
- 66 Selon les statuts de la CNS, article 142 (2), soit un montant (actuel) de EUR 21,99 pour chaque journée d'hospitalisation entamée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier (sauf en cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, où cette participation n'est pas due pendant les 12 premiers jours).
- 67 Statuts de la CNS, article 29 (2) alinéa 2.
- 68 Statuts de la CNS, article 29 (2) alinéa 3

Note d'explication 6 : Le complément différentiel sous l'empire de la jurisprudence antérieure à 2011

Le complément différentiel était déjà requis sous l'empire de la jurisprudence antérieure à la directive 2011/24/UE. Si le remboursement de frais exposés pour des services hospitaliers fournis dans un État membre de séjour, qui résulte de l'application des règles en vigueur dans cet État, est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application de la législation en vigueur dans l'État membre d'affiliation en cas d'hospitalisation dans ce dernier, un remboursement complémentaire correspondant à cette différence devait, selon la CJCE, être accordé à l'assuré par l'institution compétente. Un tel remboursement complémentaire ne représentait, selon l'avis de la Cour européenne de justice, aucune charge financière supplémentaire pour le système luxembourgeois d'assurance maladie, comparé à un remboursement à effectuer dans le cas de soins hospitaliers au Grand-Duché. De l'avis de la CJUE, ce remboursement complémentaire ne présentait pas non plus de risque pour le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale au Luxembourg⁶⁹.

Même des contraintes budgétaires ne pouvaient être avancées comme prétexte par la caisse de maladie pour se soustraire à son obligation de rembourser le montant de la différence⁷⁰.

En vue de calculer le montant du complément différentiel devant être remboursé par la caisse de maladie luxembourgeoise, il est nécessaire de déterminer les frais d'un traitement équivalent au Luxembourg.

Les caisses de maladie invoquent très souvent des difficultés administratives qui, malgré le souhait de déterminer le coût d'un traitement équivalent, rendraient impossible une telle tarification. La codification des prestations facturées à l'étranger ne serait pas comparable à la nomenclature luxembourgeoise. A cela s'ajouterait le fait que le Luxembourg ne possède pas de système équivalent pour la tarification des prestations en milieu hospitalier. De plus, un alignement de la législation luxembourgeoise dans le sens de la création de tarifs spéciaux pour les soins à l'étranger resterait à entreprendre, en attendant que les questions fondamentales sur ce point soient éclaircies par la jurisprudence. La CJCE a également reconnu que rien n'empêche l'État de fixer le montant des remboursements auxquels les patients ayant été soignés dans un autre État membre ont droit, tant que ces montants se basent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents⁷¹.

Le Conseil supérieur des assurances sociales est néanmoins d'avis qu'une détermination du coût de l'hospitalisation selon la législation luxembourgeoise est parfaitement possible. La juridiction estime que les organismes sociaux ne sauraient se retrancher derrière leur interprétation de la législation pour s'opposer à tout remboursement, ce d'autant plus qu'un calcul des frais hospitaliers devrait pouvoir se faire pour un séjour en l'hôpital en chambre de deuxième classe et que les honoraires médicaux sont calculables d'après des barèmes existants⁷².

Dans un arrêt du 7 juillet 2006⁷³ le Conseil supérieur des assurances sociales a chargé un expert de calculer, pour un litige précis, le montant du complément différentiel susceptible de revenir à l'assuré. Dans son arrêt rendu après le dépôt du rapport d'expertise, malgré le fait que l'expert avait estimé opportun un remboursement complémentaire supérieur à 2.000 euros, le Conseil supérieur a rejeté la demande faute par l'expert d'avoir été formel dans ses conclusions ⁷⁴.

Lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par la voie du tiers payant, l'assuré a le choix. Soit il transmet les factures acquittées à la CNS qui, après une tarification S067/E126 effectuée avec l'État de séjour, effectue un remboursement au tarif du pays de séjour, complété le cas échéant par le complément luxembourgeois.

Soit il transmet les factures acquittées à la caisse d'assurance maladie du pays de séjour et est remboursé par la caisse du pays de séjour, au tarif du pays de séjour. Pour les prestations qui ne sont pas prises en charge par la caisse du pays de séjour, l'assuré transmet les factures en question à la CNS qui rembourse au tarif luxembourgeois. Pour les parties non remboursées sur les prestations, l'assuré transmet les factures à la CNS aux fins du calcul et de la liquidation du complément luxembourgeois.

⁶⁹ CJCE, 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel.

⁷⁰ CJCE, 16 mai 2006, Yvonne Watts.

⁷¹ Arrêt du 13 mai 2003, V.G. Müller-Fauré e.a., C-385/99, I-4509.

⁷² Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 26 mars 2003, B. c. CMEP, Reg. CMEP 2002/0145, n° 2003/0050.

⁷³ Z. c. CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2006/0061.

⁷⁴ Voy. arrêt du 21 décembre 2009, Z. contre CNS, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2009/0170.

b) Système Directive - art. 20 CSS

En cas d'accord sous la directive 2011/24, les soins sont pris en charge à hauteur des taux et tarifs du Luxembourg.

L'assuré reçoit un titre de prise en charge expliquant les modalités de remboursement (frais à avancer, remboursement à solliciter à la caisse compétente luxembourgeoise, selon les tarifs ou forfaits fixés). Dans son propre intérêt, étant donné que les frais facturés peuvent être importants et de loin supérieurs au montant remboursé par la caisse luxembourgeoise, il est conseillé de demander au centre spécialisé à l'étranger un devis sur le coût de son traitement.

Dans ce cas, l'assuré paie intégralement les soins dispensés autorisés et sera remboursé par sa caisse compétente luxembourgeoise suivant les conditions et les tarifs applicables au Luxembourg⁷⁵.

Pour les prestations du secteur hospitalier, les frais sont pris en charge sur base des prestations facturées, jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé en fonction du type de séjour⁷⁶.

Pour les prestations du secteur extrahospitalier et celles du secteur hospitalier ambulatoire, les frais sont pris en charge aux conditions, modalités, taux et tarifs luxembourgeois, sous réserve des frais hospitaliers liés à des prestations ambulatoires pour lesquels la prise en charge se fait sur base et jusqu'à concurrence des montants forfaitaires correspondant aux coûts moyens déterminés pour les unités d'œuvre des entités fonctionnelles, déduction faite de la participation personnelle⁷⁷.

Lorsque les prestations ne sont pas prévues au Luxembourg, mais étaient indispensables, le tarif luxembourgeois est fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance⁷⁸.

Exceptionnellement, surtout en cas de maladie rare ou de traitement quasi expérimental, la CNS peut rembourser directement le prestataire étranger sur base d'un remboursement déterminé à l'avance sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Illustration 17: Assimilation des prestations

Une assurée avait obtenu une autorisation S2 selon le Système Directive pour un traitement stationnaire de 12 jours dans un hôpital spécialisé en Chypre. Elle souffre de kystes de Tarlov au niveau dorsal et sacré, une maladie rare (entendue dans le sens qu'elle n'affecte que maximum 5 personnes sur 10.000). Après de multiples essais au Luxembourg et en Belgique, elle trouve un médecin reconnu et spécialisé aux Etats-Unis qui vient régulièrement opérer en Chypre, mettant en œuvre une technique innovante. Aux Etats-Unis, le coût de l'intervention chirurgicale est de USD 94.500. En Chypre, le devis s'élève à EUR 39.900.

Après que la patiente ait fait l'avance des frais, la CNS lui rembourse un montant de EUR 5.641,00 sur le total de EUR 39.900. Le Président de la CNS refuse un remboursement supplémentaire en arguant que le montant du rem-

boursement a été calculé par référence aux conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg.

La patiente estime que telle référence est inappropriée, alors qu'aucun médecin n'exerçant au Luxembourg n'est capable de réaliser l'intervention réalisée en Chypre, et qu'aucune opération de cette sorte n'a jamais été réalisée au Luxembourg. Selon elle, la prise en charge fixée par la CNS ne tient pas compte de l'article 20, paragraphe 3, in fine du Code de la sécurité sociale, exigeant que, pour des prestations non prévues par la législation luxembourgeoise, la prise en charge est à fixer en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance. L'affaire est pendante devant le Conseil arbitral.

Source: Recours du 25 janvier 2019, S. c/ CNS, No CNS

Le remboursement de la CNS ne peut dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré⁷⁹.

⁷⁹ Code de la sécurité sociale, article 20 (3).



⁷⁵ Code de la sécurité sociale, article 20 (3).

⁷⁶ voy. Statuts de la CNS, Annexe K; pris en charge une fois par nuitée passée dans un hôpital. Code de la sécurité sociale, article 20(3) alinéa 2. Statuts de la CNS, article 29bis, alinéa 1, renvoyant à l'article 25 des statuts de la CNS.

⁷⁷ Statuts de la CNS, article 29bis, alinéa 1, renvoyant à l'article 23 des statuts de la CNS.

⁷⁸ Code de la sécurité sociale, article 20 (3). Statuts de la CNS, article 29bis, alinéa 2.

(c) Nature des frais pris en charge

Outre les dépenses relatives aux soins médicaux, des frais sont souvent occasionnés pour le voyage, le séjour, l'hébergement et la restauration, pour un proche vous accompagnant, pour la télévision dans votre chambre, etc.

L'obligation de prise en charge concerne uniquement des frais entraînés par des soins médicaux dans le pays de séjour, c.-à-d. en cas d'hospitalisation, les frais des soins médicaux mêmes, ainsi que les dépenses y étant indissociablement liées pour le séjour et la restauration dans l'établissement prodiguant les soins.

Cependant, si les règles luxembourgeoises prévoient la prise en charge d'autres frais (p. ex. pour le transport du patient entre son domicile et le lieu du traitement ou pour le transport et/ou le séjour de la personne accompagnante) et si votre demande de prise en charge a été acceptée, le remboursement de ces frais ne peut être refusé sous prétexte que le traitement a eu lieu à l'étranger. Bien plus, il faut procéder comme si les soins médicaux avaient été prodigués au Luxembourg⁸⁰.

Sont déduites⁸¹:

- les prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que l'assuré a signée avec le prestataire étranger;
- les prestations qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'État membre de traitement;
- les prestations facturées en dépassement des honoraires;
- la participation personnelle journalière due 82.

Il est possible, en Allemagne par exemple, d'avoir recours à des prestations complémentaires (« Wahlleistungen ») en concluant une convention spécifique. Grâce à celle-ci, vous vous assurez en plus l'attention personnelle, les qualifications et l'expérience spécialisées des médecins de l'hôpital autorisés à présenter une note d'honoraires (de façon générale les

médecins en chef et les praticiens chefs de service particulièrement expérimentés ou spécialisés). Une telle convention spécifique peut entraîner une charge financière considérable. La question de savoir si un montant différentiel doit être remboursé par la caisse de maladie dans le cas où parmi les prestations facturées en vertu de cette convention, se trouvaient aussi des prestations remboursables au Luxembourg si le traitement avait eu lieu au Luxembourg, n'est actuellement pas encore définitivement tranchée. Dans un arrêt du 24 juin 200983, réformant le jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 23 octobre 2007, le Conseil supérieur des assurances sociales a estimé que les prestations qualifiées selon la législation allemande de « Wahlleistungen » sont à assimiler à des prestations de convenance personnelle, qui ne sont pas remboursées par la caisse de maladie de l'affiliée. Les suppléments facturés à la patiente n'étant remboursables ni en Allemagne ni au Luxembourg, celle-ci ne saurait prétendre, selon le Conseil supérieur, à un remboursement complémentaire. L'arrêt précité du 24 juin 2009 se trouve en contradiction avec l'arrêt précité du même Conseil supérieur du 7 juillet 2006 dans lequel le Conseil motive sa décision de recourir à un expert par le fait que la caisse de maladie est « malvenue d'affirmer que le contrat « Wahlleistungsvereinbarung » conclu par la requérante ne lui serait opposable pour en conclure que [Z.] n'aurait pas droit à un remboursement complémentaire pour les frais lui facturés sur base de ce contrat. En effet à supposer que parmi ces frais figurent des prestations qui auraient été prises en charge par la sécurité sociale luxembourgeoise si le traitement avait eu lieu au Grand-Duché de Luxembourg, le fait de refuser un remboursement de ces prestations sur base des tarifs luxembourgeois reviendrait à décourager les assurés luxembourgeois de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis en Allemagne et constituerait dès lors tant pour ces assurés que pour les prestataires un obstacle à la libre prestation de services ».

⁸⁰ Statuts de la CNS, article 29ter: « Les frais de séjour d'une personne protégée qui suit à l'étranger un traitement ambulatoire autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour y subir un traitement en milieu hospitalier aigu ou une consultation autorisés sont à charge de l'assurance maladie selon les tarifs prévus à l'alinéa précédent sur base d'une demande expresse appuyée d'une justification établie par le médecin traitant étranger. Une justification spéciale n'est pas requise lorsque le patient est un mineur d'âge. »

⁸¹ Statuts de la CNS, article 29bis, alinéa 1.

⁸² Statuts de la CNS, article 142 (2).

⁸³ CMFEC c. H., Reg. CMFEC 2007/0209, No 2009/0073.

(d) Influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie

Dans sa jurisprudence récente, le Conseil supérieur des assurances sociales a reconnu l'influence de la participation de régimes privés d'assurance maladie sur les montants devant être remboursés par la caisse de maladie.

A l'exemple de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), un assuré obligatoire s'est vu dénier le droit de se faire rembourser par la caisse de maladie, en raison du fait qu'il avait déjà été dédommagé par la CMCM⁸⁴ (les frais avaient été occasionnés dans ce cas par des soins urgents, donc imprévus, en Espagne).

Dans un autre arrêt de 2008⁸⁵, ce même remboursement a été refusé car la CMCM avait informé dans un courrier que l'assuré avait droit au paiement d'un certain montant, tout en précisant que la facture de la caisse de maladie devait être présentée, pour le cas où cela concernerait des factures prises

en charge par l'assurance maladie. Cet arrêt fut entretemps annulé par la Cour de cassation⁸⁶. Le motif de cette annulation résidait dans le fait que le Conseil supérieur des assurances sociales avait contesté l'intérêt à agir justifié de la patiente au vu du courrier de la CMCM de 2007, alors qu'il y a lieu, comme le rappelle très justement la Cour de cassation, d'apprécier l'existence de l'intérêt à agir à la date de dépôt du recours (2003, en l'espèce).

Dans le cadre de certains litiges, les représentants de la CNS ont fait remarquer aux juridictions sociales qu'avant même de calculer le montant de remboursement de la caisse de maladie, l'assuré doit déclarer s'il a contracté une assurance maladie privée et s'il a, dans le cas concret, reçu une participation financière de la part de la CMCM. A ce sujet, la CNS entre également en contact avec la CMCM.

Commentaire 5 : Système public c/ Système privé



Il y va aussi bien de l'intérêt de la CMCM que de l'assuré d'attendre tout d'abord le calcul du montant devant être remboursé par la caisse de maladie obligatoire (dont le système prévoit une assurance obligatoire avec des cotisations fixées par la loi). Les statuts de la CMCM prévoient que la participation de la CMCM aux frais de soins médicaux à l'étranger ne dépasse pas le montant restant à la charge de l'assuré après remboursement par la caisse de maladie obligatoire (article 11 des statuts de la CMCM).

La CNS, à laquelle l'affiliation est obligatoire, ne devrait-elle donc pas pouvoir se soustraire à son obligation légale de rembourser en invoquant l'existence d'un contrat d'assurance de droit privé de l'assuré avec une compagnie d'assurance maladie privée ? Le chemin inverse que le Conseil supérieur des assurances sociales semble vouloir prendre, n'est-il pas susceptible de se heurter au système d'assurance maladie général, obligatoire et légal tel que celui existant au Luxembourg ?



⁸⁵ Conseil supérieur des assurances sociales, arrêt du 9 janvier 2008, Z. c. CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, n° 2008/0007.

⁸⁶ Arrêt du 12 février 2009, Z. c. CMEP, Reg. 2594, n° 10/09.



(

Illustration 18 : Suppléments non pris en charge par la sécurité sociale

Dans son rapport de 2016, la médiateure fait état de plusieurs réclamations de la part de personnes qui ont dû être hospitalisées d'urgence à l'étranger et qui se sont vu facturer des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie.

Dans cette affaire, un médecin luxembourgeois avait diagnostiqué auprès d'une assurée luxembourgeoise une tumeur cancéreuse qui ne pouvait pas être opérée au Luxembourg. Toutes les formalités en vue d'une autorisation de transfert à l'étranger auprès d'un chirurgien spécialisé dans ce genre d'opérations ont été mises en œuvre. La patiente a donc pu bénéficier d'un formulaire « S2 – Droit aux soins programmés » sur la base duquel l'organisme de santé étranger prend directement en charge les frais médicaux et hospitaliers selon ses tarifs sociaux.

Lors de la consultation préopératoire, le chirurgien étranger signala à la patiente, que pour ce genre d'opération, il serait de pratique courante que les patients choisissent une chambre individuelle. La patiente donna son accord puisque le chirurgien lui aurait assuré que tous les frais médicaux seraient pris en charge par l'assurance maladie et de plus elle disposait d'une assurance complémentaire prenant partiellement en charge les surcoûts d'une telle opération.

L'hôpital a rempli la déclaration d'admission conformément aux instructions du chirurgien et l'a présentée à la patiente pour signature.

De retour au Luxembourg, la patiente reçut une facture de l'hôpital mettant à sa charge des suppléments d'un montant d'environ 4.000 € qui consistaient pour l'es-

sentiel en des honoraires de médecins dépassant le tarif social et à charge de la patiente. Dans d'autres dossiers, le montant des suppléments atteignait jusqu'à 11.000 €.

L'assurée contacta le chirurgien qui lui répondit qu'en cas de transferts de l'étranger, il serait hors de question pour lui de fournir ce traitement chirurgical pour le tarif social.

La réclamante se plaignait auprès de la médiateure qu'elle n'avait eu en fait aucun autre choix que de se faire opérer d'urgence par le chirurgien désigné dans l'autorisation de transfert émise par la CNS.

La CNS ne peut pas rembourser lesdits suppléments d'honoraires dépassant les tarifs sociaux.

On pourrait reprocher à l'assurée d'avoir mal lu sa déclaration d'admission à l'hôpital étranger qui contenait une clause autorisant l'hôpital et les médecins hospitaliers de facturer des suppléments en cas de choix d'une chambre individuelle. Toutefois, les termes de la déclaration d'admission leur sont en fait imposés. Atteints d'une maladie qui doit être soignée immédiatement, les patients, après avoir fait un long voyage, peuvent difficilement revenir chez eux, demander un nouveau rendez-vous auprès de leur médecin traitant, afin que celui- ci introduise une nouvelle demande d'autorisation de transfert à l'étranger. Après tous ces retards, ils trouveront peut-être un chirurgien prêt à travailler pour le tarif social, mais dont la liste d'attente risque d'être excessivement longue.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, page 56



Illustration 19: Rapatriement d'une dépouille mortelle de l'étranger

La médiateure a été saisie par un usager suite au refus de la CNS de prendre en charge les frais liés au rapatriement de la dépouille de son époux décédé en France suite à un transfert médical à l'étranger préalablement autorisé.

Les statuts de la CNS ne prévoient pas de prise en charge spécifique dans cette situation et ce genre de frais sont donc assimilés en pratique aux frais de transport prévus, dans le cadre de l'indemnité funéraire, à l'article 166 des statuts de la CNS.

D'un montant de 1.007,72 € en 2016 (1.058,72 € en 2019), l'indemnité funéraire ne couvre souvent qu'une partie des frais funéraires, ce qui a pour conséquence que pour l'usager en question, les frais liés au rapatriement de la dépouille de son époux sont restés intégralement à sa charge.

La question de prendre en charge ces frais se pose d'autant plus dans l'hypothèse particulière où la présence à l'étranger se justifie par un transfert médical à l'étranger préalablement autorisé, alors qu'en cas de survie du patient, les frais de rapatriement auraient certainement été pris en charge par la CNS.

La médiateure suggère donc aux Ministères compétents en la matière de prévoir, pour ce type de situation, la prise en charge des frais de rapatriement de la dépouille.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, page 81



2. Soins urgents

Si vous devez vous faire soigner de façon imprévue dans un pays de l'Union européenne ou de l'AELE, les soins médicaux peuvent être couverts par la carte européenne d'assurance maladie.

La présentation de la carte européenne d'assurance maladie vous garantit la prise en charge ou le remboursement des frais pour prestations de maladie en nature fournies sur place (2.1.). Les prestations de maladie en nature sont fournies conformément aux règles de l'État membre où vous séjournez et sont remboursées selon les taux en vigueur dans ce pays. Si par exemple les prestations en nature sont fournies gratuitement dans le pays de séjour, vous avez également droit à être soigné gratuitement sur présentation de votre carte (2.2.).

2.1. Carte européenne d'assurance maladie

2.1.1. Délivrance de la carte européenne d'assurance maladie

Toute personne assurée au Luxembourg a droit à une carte européenne d'assurance maladie. Chaque membre de la famille de l'assuré en régime maladie se voit délivrer une carte individuelle.

Depuis le 1er janvier 2006, la carte est reconnue globalement. La carte est conçue sur un modèle commun avec un symbole européen, afin de garantir qu'elle soit reconnaissable immédiatement par les médecins ou centres médicaux. La carte contient toute une série d'informations obligatoires sous forme standardisée, afin que la carte soit lisible, indépendamment de la langue maternelle de l'utilisateur. Le modèle commun de la carte européenne d'assurance maladie ne couvre qu'une face de la carte; l'autre face reste à la libre disposition des États membres. Elle ne contient aucune information concernant l'état de santé de son titulaire (par ex. groupe sanguin, antécédents médicaux etc.).

La caisse de maladie est obligée de vous délivrer une carte européenne d'assurance maladie à première demande. Vous avez la possibilité de commander votre carte européenne d'assurance maladie par voie électronique sur le site internet de la CNS, elle vous sera alors envoyée par poste à votre domicile sous un délai de 2 à 3 semaines. Au cas où la carte ne serait pas disponible immédiatement, une attestation de remplacement devra vous être délivrée, afin que vous puissiez séjourner en toute tranquillité à l'étranger. Si par hasard vous avez oublié ou perdu votre carte européenne d'assurance maladie lors d'un séjour à l'étranger, vous avez la possibilité de vous faire envoyer rapidement, par fax ou par e-mail, une attestation de remplacement provisoire par votre caisse de maladie. Cette procédure est particulièrement conseillée si vous devez vous faire hospitaliser.

Si votre demande de carte européenne d'assurance maladie est refusée, vous pouvez faire valoir vos droits par voie judiciaire.

2.1.2. Avantages de la carte européenne d'assurance maladie

La présentation de la carte européenne d'assurance maladie vous garantit la prise en charge ou le remboursement des frais pour prestations de maladie en nature fournies sur place.

La carte européenne d'assurance maladie ne concerne que les prestations de maladie en nature « s'avérant être médicalement nécessaires, tenant compte de la nature des prestations et de la durée prévisible du séjour ». En d'autres termes, vous avez droit à tous les traitements et prestations rendus nécessaires par votre état de santé, afin que vous puissiez poursuivre votre séjour dans des conditions médicalement sûres. Vous ne devez pas être forcé d'interrompre votre séjour avant la date prévue pour vous faire soigner dans votre pays de résidence.

Vous ne pouvez jouir des avantages de la carte européenne d'assurance maladie que si vous vous adressez à des prestataires de santé agréés par le système d'assurance maladie obligatoire du pays où vous séjournez. Si vous consultez un médecin privé ou un établissement privé, vous ne pourrez faire valoir les avantages de la carte européenne d'assurance maladie.

Dans le cas où vous souffrez d'une maladie chronique nécessitant des examens médicaux réguliers et des hospitalisations de courte durée à l'étranger, votre carte européenne d'assurance maladie suffira tant que votre maladie ne nécessite pas un traitement disponible uniquement dans des centres médicaux spécialisés disposant d'un matériel adéquat et d'un personnel spécialisé. Si vous avez, auparavant, consulté votre médecin traitant et emporté votre dossier médical et les

médicaments indispensables, vous avez droit à des prestations médicales sur place et pouvez, le cas échéant, faire effectuer vos examens de contrôle (en cas d'asthme ou de diabète par ex.). Pendant votre séjour à l'étranger dans un autre État membre, vous avez droit aux soins médicaux nécessités par votre état de santé.

Par contre, la carte ne suffira pas si votre maladie nécessite une surveillance particulière et notamment l'utilisation de techniques ou d'appareils particuliers (pour des dialyses par ex.). Dans votre propre intérêt, vous devriez préparer un tel séjour à l'avance et solliciter au préalable une autorisation préalable, afin d'être sûr d'avoir accès aux équipements nécessaires pendant votre séjour.

Si vous n'êtes pas en mesure de prouver, par la présentation de votre carte européenne d'assurance maladie, que vous êtes assuré, il peut arriver que le médecin ou l'hôpital exige que vous payiez la totalité des frais ou un certain montant comme avance des frais, ce qui n'aurait pas été exigé d'un assuré de cet État membre. Pour des questions d'éthique professionnelle, un médecin ne peut cependant refuser de prodiguer des soins si votre état de santé les rend obligatoires.

2.2. Remboursement

La prise en charge de prestations médicalement nécessaires au cours d'un séjour dans un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, se fait suivant le Règlement 883/2004.

Si vous avez supporté les coûts des prestations à l'étranger, vous pouvez demander le remboursement à la CNS luxembourgeoise. Celle-ci s'informe auprès de son homologue dans l'État de séjour sur les taux et tarifs de remboursement applicables dans l'État de séjour, et vous rembourse selon ces modalités⁸⁷.

Si la législation de l'État de séjour ne prévoit pas de remboursement, la CNS procède au remboursement des prestations selon les conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg⁸⁸.

Vous pouvez aussi demander à bénéficier du système « Directive – art. 20 CSS ». Ce choix doit être exprès et préalable.

Dans ce cas, après avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, votre demande est examinée selon ce système qui prévoit un remboursement alors aux tarifs luxembourgeois. Il en est de même lorsque le Règlement 883/2004 ne s'applique pas⁸⁹. Si l'assuré n'a pas, au moment de la demande de remboursement, décidé de vouloir être remboursé à hauteur des tarifs luxembourgeois et que le Règlement 883/2004 a été appliqué, aucune modification ne sera effectuée après traitement des factures et clôture du dossier.

Vous pouvez aussi demander le remboursement à la caisse du pays de séjour. Dans ce cas, la caisse étrangère vous applique ses tarifs (décompte S080 / E125 subséquent). Si aucun remboursement n'a été effectué, vous pouvez demander à la CNS de prendre en charge les factures acquittés suivant les tarifs luxembourgeois.



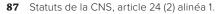
Illustration 20: Transport par ambulance

Au cours de l'hospitalisation à la maternité du Centre hospitalier de Luxembourg d'une patiente en raison de problèmes liés à sa grossesse, une patiente a été atteinte d'une tension oculaire si élevée qu'elle a dû être transférée d'urgence dans une clinique universitaire spécialisée allemande. Aucune demande d'autorisation préalable n'ayant été introduite puisque l'article 135 des statuts de la CNS prévoit une exception au principe d'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale en cas d'urgence. Selon la CNS, dans tous les cas et même en cas d'urgence, le médecin traitant doit introduire sa demande d'autorisation préalablement au transport.

Le transport en Allemagne et l'hospitalisation à l'étranger de la patiente ayant été organisés par le Centre hospitalier, il était impossible pour elle de veiller au respect de toutes les formalités requises.

La médiateure estime ce qui suit : « Ce n'est pas aux assurés de pâtir d'un oubli ou d'une négligence de leur médecin traitant ou du personnel hospitalier. Il devrait être possible aux assurés de régulariser les formalités en cas d'oubli ou de lacunes dans les documents nécessaires pour la prise en charge d'un transport par ambulance ». D'ailleurs, la médiateure suggère une modification des statuts pour prévoir la possibilité d'une régularisation des formalités en cas d'oubli ou de lacunes dans les documents nécessaires pour la prise en charge d'un transport par ambulance à l'étranger.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, page 55



⁸⁸ Statuts de la CNS, article 24 (2) alinéa 2.

⁸⁹ Statuts de la CNS, article 24 (3).



3. Cas particuliers : Médicaments et analyses de laboratoire

Les médicaments (3.1.) et analyses de laboratoire (3.2.) présentent des caractéristiques propres lorsqu'ils sont prescrits, livrés ou réalisés à l'étranger.

3.1. Médicaments

Au Luxembourg les médicaments sont pris en charge par le système du tiers payant. Le patient ne paye donc lors de l'achat de ces médicaments en pharmacie, que la partie des frais qui ne sont pas remboursés par la CNS ou qui sont exclus du système du tiers payant. Qu'en est-il du remboursement des prescriptions étrangères ? Lors d'un traitement ambulant ou stationnaire à l'étranger, il n'est pas rare que le médecin prescrive des produits pharmaceutiques ou dispositifs médicaux destinés à accélérer la convalescence.

3.1.1. Reconnaissance mutuelle des prescriptions

Le principe de la reconnaissance mutuelle des prescriptions découle du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne⁹⁰.

Les prescriptions établies dans un autre État membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace

économique européen, sont dès lors reconnues équivalentes aux prescriptions à contenu identique établies au Luxembourg⁹¹.

Les prescriptions⁹² transfrontalières de médicaments ou de dispositifs médicaux doivent toutefois, pour pouvoir être reconnues, contenir certains éléments⁹³.

⁹⁰ Directive d'exécution 2012/52/UE de la Commission du 20 décembre 2012 établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre, JO L 356 du 22.12.2012, p. 68-70, considérant 9.

⁹¹ Cela ne concerne que les prescriptions en version papier. Pour les ordonnances électroniques, une infrastructure de services numériques dans le domaine de la santé en ligne, rassemblant 22 Etats membres de l'UE va permettre leur échange d'ici la fin de l'année 2021 (voy. https://ec.europa.eu/luxembourg/news/les-premiers-citoyens-de-lue-utilisent-des-ordonnances-électroniques-dans-un-autre-pays-de-lue_fr).

⁹² Règlement grand-ducal du 14 octobre 2014 fixant le contenu minimal des prescriptions transfrontalières de médicaments ou de dispositifs médicaux, adopté sur base de la directive d'exécution 2012/52/UE.

⁹³ Loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux, article 2-1 (2).

9

Note d'explication 7: Contenu obligatoire des prescriptions transfrontalières pour pouvoir être reconnues

Identification du patient :

- Nom(s). Prénom(s) (en toutes lettres, c'est-à-dire pas d'initiales)
- Date de naissance

Authentification de la prescription :

• Date d'établissement

Identification du professionnel de la santé auteur de la prescription :

- Nom(s). Prénom(s) (en toutes lettres, c'est-à-dire pas d'initiales)
- Qualifications professionnelles
- Coordonnées directes (adresse électronique et numéro de téléphone ou de télécopieur précédé de l'indicatif international)
- Adresse professionnelle (y compris le nom de l'État membre)
- Signature (manuscrite ou numérique, selon le support choisi pour l'établissement de la prescription)

Identification du produit prescrit, s'il y a lieu :

- Dénomination commune: la dénomination commune internationale (DCI) recommandée par l'Organisation mondiale de la santé, ou, à défaut, la dénomination commune usuelle
- Indication du nom de marque si (a) le produit prescrit est un médicament biologique; ou (b) le professionnel de la santé qui établit la prescription le juge nécessaire d'un point de vue médical, auquel cas la prescription indique brièvement les raisons justifiant l'utilisation du nom de marque
- Forme pharmaceutique (comprimé, solution, etc.)
- Quantité
- Dosage : la teneur en substances actives, exprimée en quantité par unité de prise, par unité de volume ou de poids en fonction de la présentation
- Posologie

3.1.2. Délivrance des médicaments

Si le médicament dispose d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg, les pharmaciens procèdent à la délivrance du médicament conformément à la législation luxembourgeoise en vigueur, sauf s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription⁹⁴.

3.1.3. Prise en charge

En principe, vous pouvez donc utiliser une prescription médicale étrangère au Luxembourg, selon les tarifs luxembourgeois, donc suivant le système du tiers payant.

Mais vous pouvez aussi utiliser votre prescription médicale luxembourgeoise pour acquérir vos médicaments dans une pharmacie étrangère. Dans ce cas, les règles du pays de délivrance s'appliquent. Il se peut donc que le prix total du médicament vous soit facturé parce que ce médicament n'est pas pris en charge par le pays de délivrance. Toutefois, vous avez la possibilité d'envoyer la facture à la CNS et d'obtenir donc le remboursement selon la prise en charge au Luxembourg.



Illustration 21: Médicaments ne figurant pas dans la nomenclature de la CNS

Dans une affaire soumise à la Médiateure, des produits pharmaceutiques prescrits par un médecin spécialiste allemand n'ont pas été pris en charge. La CNS justifie ce refus en se référant à l'article 17 du Code de la sécurité sociale qui limite la prise en charge aux prestations et fournitures inscrites dans la nomenclature de la CNS.

La question se pose de savoir si pour ces médicaments, il n'y a pas lieu de faire application de l'article 23 (2) des statuts, qui prévoit que les prestations non prévues par la législation luxembourgeoise sont assimilées à des soins de santé de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'État membre de traitement. L'assimilation des médicaments prescrits par le médecin allemand à d'autres produits figurant dans la liste des médicaments pris en charge devrait être possible dans la plupart des cas et permettre une prise en charge.

La CNS n'a pas pris en compte cette disposition au motif

qu'un assuré qui se serait fait prescrire les mêmes médicaments par un médecin établi au Luxembourg n'aurait pas pu bénéficier non plus d'un remboursement.

Selon la Médiateure, cet argument n'est valable qu'au cas où, pour le traitement de cette maladie, il n'aurait pas été possible du tout de la traiter au Luxembourg par des médicaments ou d'autres soins pris en charge par l'assurance maladie.

Il est normal que les médecins étrangers prescrivent des médicaments pris en charge par leur règlementation alors qu'ils ne connaissent pas les médicaments remboursés au Luxembourg. Au cas où l'assimilation prévue par l'article 23 (2) des statuts est possible, la CNS devrait prendre en charge les prestations fournies à l'étranger.

Source : Ombudsman, Rapport d'activité, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, page 55

3.2. Analyses et examens de laboratoire

Les frais afférents aux analyses et aux examens de laboratoire, au sens de l'article 24 du Code de la sécurité sociale, effectués dans un autre État membre de l'Union européenne sont pris en charge au moyen d'un remboursement des frais avancés pour ces analyses et examens⁹⁵.

Le système antérieur, qui prévoyait uniquement un système de prise en charge directe par les caisses de maladie, a été abrogé à la suite d'une plainte de patients, relayée par une action en justice de la Commission européenne.

⁹⁵ Pour un aperçu des remboursements pour analyses de biologie, et une comparaison entre pays, voy. Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM), Benchmarking – Niveau des remboursements pour analyses de biologie médicale, téléchargeable sous le lien http://www.fllam.lu/fileadmin/Imports/Reforme_CNS/Benchmark.pdf.



Illustration 22: Deux plaignants qui forcent la modification des lois luxembourgeoises

Deux patients affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise avaient introduit une plainte auprès de la Commission européenne. Ils s'étaient vus rembourser les frais d'analyses de biologie médicale réalisées dans d'autres Etats membres de l'UE.

Dans l'un de ces cas, le remboursement des frais a été refusé au motif que, la législation nationale prévoyant la prise en charge des frais afférents à ces analyses directement par les caisses de maladie, la caisse de maladie concernée n'était pas habilitée à procéder au remboursement en l'absence de tarification de la prestation.

Dans l'autre cas, le remboursement d'analyses sanguines et par ultrasons effectuées en Allemagne a été refusé au motif que seules les prestations prévues dans les statuts peuvent être remboursées et que les prestations doivent être effectuées conformément aux dispositions des différents accords nationaux applicables. Dans ce cas, les conditions prévues pour le remboursement de ces analyses n'auraient pas pu être remplies par l'auteur de la plainte en raison des différences entre les systèmes de santé luxembourgeois et allemand.

A titre de défense, le Grand-Duché s'est prévalu devant la Cour européenne, notamment, de l'impossibilité pour l'Union des caisses de maladie d'appliquer une tarification par analogie pour les remboursements de frais exposés à l'étranger, des conditions nationales spécifiques de remboursement des frais des analyses de biologie médicale ainsi que du fait que la modification des statuts relève de la compétence des partenaires sociaux. S'il était permis aux assurés sociaux les plus aisés de se procurer librement des soins de santé dans les États membres situés à proximité du Grand-Duché de Luxembourg, la solidarité nécessaire au fonctionnement du système de santé luxembourgeois serait compromise. Ce système, qui prendrait en compte des considérations de politique sociale en proposant des avantages identiques tant aux citoyens de condition modeste qu'à ceux qui disposent de revenus élevés, ne pourrait être maintenu que si un grand nombre d'assurés sociaux y ont effectivement recours.

La Cour de justice de l'Union européenne, saisi d'un recours en manquement d'Etat, a jugé que le Luxembourg n'a pas démontré l'existence d'un tel risque ni expliqué la raison pour laquelle le non-remboursement des frais afférents aux analyses et aux examens de laboratoire effectués par des prestataires de services médicaux établis dans d'autres États membres serait propre à garantir la réalisation de l'objectif de protection de la santé publique et n'excéderait pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin. Le Grand-Duché devrait instaurer la possibilité de prise en charge de tels frais.

Source : Cour de justice de l'Union européenne, arrêt du 27 janvier 2011, Commission européenne contre Grand-Duché de Luxembourg, C-490/09

Certaines analyses médicales et tests génétiques restent toutefois hors nomenclature et restent à charge du patient⁹⁶.



⁹⁶ La nomenclature peut être téléchargée sous le lien https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/nomenclature-laboratoires-20190501.pdf.



4. Vos droits

4.1. Plainte auprès de la Médiateure

En cas de problèmes avec la CNS, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman 97 .

Cette possibilité ne remplacera cependant pas une action en justice devant les juridictions de sécurité sociale et n'interrompt pas les délais qui vous sont imposés pour porter l'affaire devant la juridiction. Si vous faites une plainte auprès de la Médiateure et laissez écouler les délais pour intenter une action en justice, il vous sera impossible de reprendre l'action judiciaire après que votre plainte ait été traitée.

4.2. Action devant les juridictions sociales

Si l'assuré veut porter l'affaire devant le juge, les étapes suivantes sont à parcourir :

4.2.1. Opposition devant le Conseil d'administration de la CNS

Si le refus de la CNS a été rendu par décision du président, vous avez la possibilité d'exiger du conseil d'administration de la CNS de vous fournir une décision susceptible de recours. Cette demande peut être déposée par simple lettre recommandée adressée à la CNS.

⁹⁷ Claudia Monti, 36, rue du Marché-aux-Herbes, L-1728 Luxembourg, Tél. : (+352) 26 27 01 01, Fax : (+352) 26 27 01 02, Email: info@ombudsman.lu, www.ombudsman.lu.



Modèle 1: Opposition devant le Conseil d'administration de la CNS98

(Prénom, Nom)

(Adresse)

Matricule (numéro matricule à 13 chiffres)

(Lieu, Date)

CNS

A l'attention du Conseil d'administration

L-2980 Luxembourg

Par lettre recommandée

V. réf. (référence CNS) – Refus d'un transfert à l'étranger – OPPOSITION

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs les Membres du Conseil,

Je fais suite à ma demande du (date de la demande) relative au transfert à l'étranger auprès de (hôpital ou institution, adresse complète, pays) pour le traitement (courte description du traitement), prévu pour le (date prévue du traitement).

Par décision du (date de la décision du Président), le Président a refusé de faire droit à la demande, en (reprendre l'essentiel de la motivation figurant dans la décision du Président).

Mon opposition est fondée sur les moyens suivants : (développement des moyens de l'opposition)

(Exemples de moyens :

Le Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas rendu compte de l'évaluation médicale objective de mon état pathologique, de mes antécédents, de l'évolution probable de ma maladie, du degré de ma douleur et de la nature de mon handicap au moment de la demande, tel que le requiert l'article 28(6) sub 1) des statuts de la CNS.

Un transfert à l'étranger est parfaitement légitime et justifié, et ne constitue pas une convenance personnelle. En effet, (développement pourquoi le transfert constitue une nécessité, et non pas une simple convenance personnelle).

La CNS ne justifie pas si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun au Luxembourg et que, lors de cette évaluation, il a été tenu compte, d'un point de vue médicalement objectif, de la situation médicale du patient et de ses antécédents (CJCE, arrêt du 23 octobre 2003, Patricia Inizan).

Mon choix de me faire traiter au (pays) résulte aussi de la confiance que j'ai en la personne du Dr (nom du médecin traitant à l'étranger), parce que (développement).)

Je vous demande donc, au vu des explications qui précèdent, de m'accorder l'autorisation de transfert à l'étranger en vue de l'intervention programmée pour le *(date prévue du traitement)*.

La présente vaut opposition contre la décision présidentielle du (date de la décision du Président).

Profonds respects,

(Signature)

⁹⁸ La mise à disposition de ce modèle ne constitue pas un conseil juridique réservé au monopole des avocats. Le modèle vaut pour le cas d'un refus de l'autorisation préalable de la part de la CNS.

4.2.2. Recours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale

Tout recours par voie contentieuse contre la décision du Conseil d'administration de la CNS est de la compétence du Conseil arbitral de la sécurité sociale à Luxembourg. Des instructions correspondantes sur l'exercice des voies de recours doivent aussi être mentionnées sur la décision de refus.

(a) Délai

Le recours contre une décision du Conseil d'administration doit être formé dans le délai de 40 jours à compter de la notification de la décision attaquée.

(b) Modalités

Le recours sera déposé par simple requête sur papier libre au siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale⁹⁹.

La procédure est gratuite. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause.

Elle indique les noms, prénoms, numéros d'identité, profession et domicile du demandeur, ainsi que la qualité en laquelle il agit, et énonce l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. La requête doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale. Il en est de même des autres pièces produites en cours de la procédure. Si la requête est présentée par un mandataire, ce dernier, s'il n'est pas avocat, doit justifier d'une procuration spéciale. Cette dernière doit être présentée au plus tard lors du débat oral et avant que celui-ci ne soit entamé.

(c) Représentation

La représentation par un avocat n'est pas obligatoire devant le Conseil arbitral.

Un assuré peut se faire représenter ou assister par :

- un délégué de son organisation professionnelle ou syndicale ;
- son conjoint ou partenaire au sens de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
- son parent ou allié en ligne directe;
- son parent ou allié en ligne collatérale jusqu'au 3° degré inclus.

Tout représentant doit justifier d'un pouvoir spécial¹⁰⁰.

^{99 16} boulevard de la Foire, L-1528 Luxembourg, Tél. (+352) 45 32 86, Fax (+352) 44 32 66.

¹⁰⁰ Loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat, article 2, paragraphe 1.



Modèle 2: Recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale¹⁰¹

A Mesdames/ Messieurs les Président et Assesseurs du Conseil arbitral de la sécurité sociale, 16 Boulevard de la Foire, L-1528 Luxembourg

A l'honneur de vous exposer,

Monsieur / Madame (prénom, nom), demeurant à (adresse), matricule (numéro de matricule à 13 chiffres),

Attendu que le (la) requérant(e) souffre de (diagnostic détaillé, évaluation médicale objective de l'état pathologique), que (historique et descriptif des traitements déjà suivis au Luxembourg et, le cas échéant, à l'étranger),

que (raisons du choix d'un transfert à l'étranger, à savoir évolution probable de la maladie, degré de la douleur et nature du handicap au moment de la demande, impossibilité pour qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient puisse être obtenu en temps opportun au Luxembourg),

Que les soins envisagés consistent en (description détaillée du traitement),

Attendu que, sur demande du Dr (prénom, nom du médecin traitant) du (date de la demande) pour l'émission d'une autorisation S2 (ou d'un titre de prise en charge selon le système Directive) pour la période postérieure au (date prévue du traitement), la CNS a, par décision présidentielle du (date de la décision du Président), refusé la demande, au motif (court descriptif des moyens de refus),

Que le (la) requérant(e) a formé opposition à la décision présidentielle par courrier du (date de l'opposition),

Que le Conseil d'administration de la CNS a pris une décision de refus de prise en charge en date du (date de la décision du conseil d'administration de la CNS), notifiée le (date de la notification de la décision du CA de la CNS),

Que la requérante conteste cette décision du *(date de la décision du CA de la CNS)* pour les motifs suivants : *(énoncé et développement des moyens du recours)*

(Exemples de moyens :

- (Analyse incomplète de la demande par le Contrôle médical) Le Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas rendu compte de l'évaluation médicale objective de mon état pathologique, de mes antécédents, de l'évolution probable de ma maladie, du degré de ma douleur et de la nature de mon handicap au moment de la demande, tel que le requiert l'article 28(6) sub 1) des statuts de la CNS.
- (Convenance personnelle) Un transfert à l'étranger est parfaitement légitime et justifié, et ne constitue pas une convenance personnelle. En effet, (développement pourquoi le transfert constitue une nécessité, et non pas une simple convenance personnelle).
- (Traitement possible au Luxembourg) La CNS ne justifie pas si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient puisse être obtenu en temps opportun au Luxembourg et que, lors de cette évaluation, il a été tenu compte, d'un point de vue médicalement objectif, de la situation médicale du patient et de ses antécédents (CJCE, arrêt du 23 octobre 2003, Patricia Inizan).
- (Quant au critère d'économicité prévu à l'article 23 du CSS) La CNS est à contredire, et ceci de la façon la plus formelle et insistante, lorsqu'elle estime que les critères économicité ne sont pas remplies. Cet argument revient à mettre en cause tout transfert à l'étranger pour y subir une hospitalisation ou un traitement ambulatoire, alors que, par essence et vu la taille du Grand-Duché de Luxembourg, tout transfert entraîne un déplacement d'une distance supérieure à celle qu'un patient devrait effectuer pour subir un traitement au Grand-Duché de Luxembourg. Selon la directive européenne 2011/24/CE, » le régime d'autorisation préalable, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients ». La décision individuelle attaquée est clairement disproportionnée à l'objectif poursuivi et constitue une discrimination arbitraire et une entrave injustifiée à la libre circulation du (de la) requérant(e).

A CES CAUSES

Plaise au Conseil arbitral de la sécurité sociale,

Donner acte au (à la) requérant(e) qu'il (elle) forme un recours contre la décision du Conseil d'administration de la Caisse nationale de santé du (date de la décision du CA de la CNS), notifiée le (date de notification de la décision du CA de la CNS) confirmant le refus administratif par décision présidentielle du (date de la décision du Président) au sujet de la demande d'émission d'une autorisation S2 (ou titre de prise en charge selon le système Directive) pour un traitement à (lieu, pays) pour (descriptif du traitement),

¹⁰¹ La mise à disposition de ce modèle ne constitue pas un conseil juridique réservé au monopole des avocats. Le modèle vaut pour le cas d'un refus de l'autorisation préalable de la part de la CNS.

Déclarer le recours recevable en la forme, et le déclarer justifié quant au fond,

Partant, annuler la décision du Conseil d'administration de la Caisse nationale de santé du (date de la décision du CA de la CNS), précitée,

Ordonner la prise en charge des frais litigieux par la CNS,

Condamner la partie défenderesse à tous les frais et dépens de l'instance,

Réserver au (à la) requérant(e) tous autres droits, dus, moyens et actions, à soulever le cas échéant en cours d'instance,

Profonds respects,

(nom, prénom) (signature)

Inventaire des pièces (sous réserve de verser des pièces additionnelles en cours d'instance) :

(liste des pièces versées, comme suit : Pièce no 1 – (descriptif), Pièce no 2...)

(d) Audience

Chaque assuré est libre de se présenter lui-même à l'audience du Conseil arbitral, sans être assisté par un avocat.

Il peut, bien entendu, se faire représenter par un avocat ou se faire assister par un délégué de son organisation professionnelle ou syndicale, son conjoint ou partenaire au sens de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, son parent ou allié en ligne directe ou son parent ou allié en ligne collatérale jusqu'au 3e degré inclus.

Illustration 23 : Déroulement de l'audience au Conseil arbitral

Les débats au Conseil arbitral sont publics.

Lorsque l'affaire est appelée, le Président du Conseil arbitral ouvre les débats en donnant un exposé de l'affaire.

Le Président donne ensuite la parole à l'assuré pour exposer son point de vue.

Le mandataire (avocat ou fonctionnaire) de la CNS ou de l'institution de sécurité sociale concernée est entendu en ses observations.

Le Président prononce la clôture des débats.

La décision est prononcée à une audience ultérieure. Elle est notifiée à l'assurée dans les 15 jours du prononcé, par lettre recommandée ou remise contre récépissé.



Q

Note d'explication 8 : Défendre ses droits à l'audience du Conseil arbitral

En guise de préparation

- préparez un pouvoir spécial lorsque vous souhaitez vous faire représenter ou assister par une personne habilitée lors de l'audience
- prenez connaissance du dossier au secrétariat du Conseil arbitral (note: L'institution de sécurité sociale reçoit une copie de la requête introductive d'instance et doit effectuer, dans les 15 jours, le dépôt de tous les documents qui se trouvent en possession ou dont elle entend se servir en cours d'instance)
- demandez par écrit au Conseil arbitral d'obtenir communication des pièces relatives au litige
- rassemblez les pièces dont vous entendez vous servir dans le procès (p.ex. certificats médicaux, rapports, attestations de témoins)
- communiquez au Conseil arbitral 2 fardes de vos pièces, accompagnées d'un inventaire
- gardez 1 farde de pièces, pour votre usage personnel
- préparez une note écrite (en 5 exemplaires), lorsque vous voulez être sûr que tous vos arguments soient présents au dossier lors du délibéré

Après réception de la convocation à l'audience publique (envoyée par lettre recommandée)

- vérifiez votre disponibilité au jour et heure du débat oral fixé par le Conseil arbitral
- si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à la date indiquée : envoyez au secrétariat du Conseil arbitral une lettre d'excuse (accompagnée, le cas échéant, de pièces justificatives, p.ex. réservation d'un séjour à l'étranger, certificat de maladie) et demandez dans cette lettre la remise de l'affaire à une séance ultérieure

A l'audience

- si vous n'avez pas remis votre farde de pièces au Conseil arbitral: remettez cette farde au commencement de votre plaidoirie
- remettez votre note écrite de plaidoiries à la partie adverse (1 exemplaire) et au Conseil arbitral (3 exemplaires)
- n'hésitez pas de répliquer au mandataire de la CNS après que celui est intervenu



Note explicative 9 : Délais au Conseil arbitral

Les délais de traitement des dossiers ont augmenté au cours des dernières années et sont actuellement très longs. Pour ce type de dossiers, les délais sont généralement de plus de 6 mois.

Il y a un risque que vous soyez pénalisé lorsque vous exercez le droit de faire un recours, puisque votre situation

restera bloquée pendant le délai de traitement de votre affaire.

Source: Ombudsman, rapport d'activité, 2017, téléchargeable sous <u>www.ombudsman.lu</u>, page 115

Saviez-vous qu'en tant que citoyen de l'UE, le droit européen vous est applicable en cas de situation transfrontalière? Il est important dans ce cas de noter que le droit européen prime sur votre droit national selon la hiérarchie des normes. Le droit européen comporte la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne¹⁰².

Toutefois, l'accès au droit européen se fait à travers le juge national. En cas de doute sur l'interprétation d'une norme, vous pouvez demander à ce que le juge national pose une question préjudicielle à la Cour de justice de l'Union européenne. L'objectif de cette procédure est de garantir la sécurité juridique par une application uniforme du droit européen dans l'ensemble de l'Union européenne. L'avis de la Cour européenne s'impose au juge national dans la décision à prendre au sujet du litige dont il est saisi. Cette procédure est aussi valable devant les juridictions de sécurité sociale.

La juridiction arbitrale statue en dernière instance jusqu'à une valeur du litige de 1 250 euros¹⁰³.

Au cas où un jugement est rendu en votre absence (par défaut), vous avez la possibilité de former opposition devant le Conseil arbitral dans les 15 jours à compter de la signification du jugement; cela aura pour conséquence la tenue d'un nouveau procès devant le Conseil arbitral.

4.2.3. Appel auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale

Il est possible de faire appel du jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale si la valeur du litige est supérieure à 1 250 euros. Cet appel doit être interjeté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale¹⁰⁴ dans les 40 jours à compter de la signification du jugement du Conseil arbitral.

L'acte d'appel sera déposé en autant d'exemplaires qu'il y a de parties concernées par le litige. Il doit contenir une courte énumération des moyens. Même en cas d'arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale rendus par défaut, une opposition devant cette même juridiction est possible. Le délai est le même qu'en cas d'opposition devant le Conseil arbitral.

Comme pour la procédure devant le Conseil arbitral, il n'est pas nécessaire d'être représenté ou d'être assisté par un avocat devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

4.2.4. Cassation auprès de la Cour de cassation

Un recours en cassation devant la Cour de cassation peut être formé contre les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que contre les jugements du Conseil arbitral ayant statué en dernière instance. Cependant, un recours en cassation ne peut être intenté que si les juridictions ont, dans l'instance précédente, contrevenu à la loi ou violé des formalités substantielles. Le pourvoi en cassation signifié à la partie adverse doit être déposé devant la Cour supérieure de justice dans les deux mois à compter de la signification de la décision attaquée.



103 Code de la sécurité sociale, article 455.3.

04 14 avenue de la Gare, L-1610 Luxembourg, Tél. (+352) 26 26 05 1, Fax (+352) 26 26 05 38.

Union Luxembourgeoise des Consommateurs nouvelle a.s.b.l.

55, rue des Bruyères L-1274 Howald

Telefon/Téléphone : 49 60 22-1 Telefax/Téléfax : 49 49 57 E-Mail/courriel : info@ulc.lu

www.ulc.lu

Öffnungszeiten der Büros in Howald

Von 8:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr Juristische Beratung Nachmittags nur nach Terminabsprache Montags, Mittwochs und Freitags Sprechzeiten auch von 12:00 bis 13:00 Uhr

Sprechstunden der Anwälte und Steuerberater nur nach Terminabsprache

Wöchentliche Sprechstunden der ULC-Rechtsberater

- CSL, Luxemburg/Bonneweg
 2-4 rue Pierre Hentges
 Dienstags von 09:00 bis 13:00 Uhr
 Donnerstags von 13:00 bis 17:00 Uhr
- Esch/Lallange, "Omnisport" Zentrum Bd Hubert Clément Dienstags von 14:00 bis 16:00 Uhr
- Ettelbruck Maison sociale
 40, avenue Salentiny
 Donnerstags von 14:00 bis 16:00 Uhr

Wie werde ich Mitglied?

Scannen Sie den QR-Code und schreiben Sie sich als neues Mitglied ein. Sie können ihren Mitgliedsbeitrag per Überweisung oder Online bezahlen.

Heures d'ouverture des bureaux à Howald

de 8h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00 Consultations juridiques l'après-midi uniquement sur rdv Permanences les lundis, mercredis et vendredis de 12h00 à 13h00

Consultations par des avocats et conseillers fiscaux sur rendez-vous uniquement

Consultations hebdomadaires par des conseillers de l'ULC à

- CSL, Luxembourg/Bonnevoie
 2-4 rue Pierre Hentges
 Mardi de 09h00 à 13h00
 Jeudi de 13h00 à 17h00
- Esch/Lallange, complexe « Omnisport » Bd Hubert Clément Mardi de 14h00 à 16h00
- Ettelbruck Maison sociale 40, avenue Salentiny Jeudi de 14h00 à 16h00

Comment devenir membre?

Scannez le code QR et inscrivez-vous comme nouveau membre.
Vous pouvez payer votre cotisation par virement ou en ligne!



www.ulc.lu





facebook.

Pour suivre les actualités de l'ULC, inscrivez-vous dès maintenant et rejoignez-nous!

L'ULC sur facebook :

http://www.facebook.com/ UnionLuxembourgeoisedesConsommateurs

