



CIRCULAIRE N° 2018/3

Indemnisation des victimes d'accidents du travail (dans le secteur privé) dans un contexte transfrontalier

Cette circulaire collecte et clarifie les diverses dispositions relatives au règlement des accidents du travail (dans le secteur privé) dans un contexte transfrontalier.

1 Introduction

En tant qu'organes du secteur accidents du travail, les assureurs-lois n'interviennent pas seulement vis-à-vis des « accidents du travail belges », mais également dans le cadre des accidents du travail *transfrontaliers* survenus aux travailleurs des employeurs qu'ils assurent.¹

Cette circulaire offre un aperçu des règles et procédures dont il faut tenir compte dans le cadre des dossiers d'accidents du travail transfrontaliers, conformément à la réglementation belge et européenne en la matière.² Il s'agit notamment de questions relatives aux victimes d'accidents du travail qui se déplacent vers ou séjournent dans un autre État membre que l'État membre compétent pour le règlement de leur accident.

2 Cadre réglementaire

Concernant les accidents du travail *transfrontaliers*, il faut tenir compte des dispositions légales à 3 niveaux réglementaires : belge, européen et international.

2.1 DROIT BELGE

2.1.1 Principe

L'article 28 de la LAT dispose que « *la victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et, dans les conditions fixées par le Roi, aux appareils de*

¹ Art. 49, § 7, juncto art. 7 et 8 de la LAT.

² Les accidents du travail du secteur public (loi du 03.07.1967) ne sont ici pas pris en considération.

prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident ». La LAT n'impose à ce sujet aucune condition de nationalité ou de territoire à l'indemnisation des victimes³ ni au paiement de prestations en espèces (indemnités, allocations, rentes) ni à la prise en charge des prestations en nature (frais médicaux et pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, frais de prothèse et frais de déplacement)⁴. L'article 28 de la LAT s'applique dès lors lorsque les soins médicaux sont délivrés à l'étranger. L'entreprise d'assurances ne peut dès lors pas invoquer le fait que les soins ont été délivrés en dehors du territoire belge comme seul motif de refus d'une intervention.⁵

L'article 28 de la LAT constitue la seule disposition ayant pour conséquence que les victimes d'accidents du travail transfrontaliers⁶ ont droit à des prestations en espèces aux mêmes conditions que les victimes d'accidents du travail en Belgique.

Concernant les prestations en nature, l'article 31 de la LAT dispose que « *lorsque la victime a le libre choix du dispensateur de soins, les frais pour soins de santé sont remboursés suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi* ».

Ces conditions et tarifs ont été fixés aux articles 1^{er} à 3 de l'arrêté royal du 17.10.2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux en matière d'accident du travail.⁷ Depuis le 11.10.2015⁸, l'AR fait également spécifiquement référence aux situations transfrontalières.⁹

2.1.2 Quand un accident du travail transfrontalier est-il à la charge d'une entreprise d'assurances belge?

Quand la victime est un assuré social belge, autrement dit quand la victime concernée entre dans le champ d'application *ratione personae* de la LAT ou de ses extensions¹⁰ - même si elle réside, séjourne ou voyage dans ou vers un pays tiers - son accident du travail sera à la charge d'une entreprise d'assurances belge.

On peut imaginer plusieurs types d'« accidents du travail transfrontaliers » à la charge d'une entreprise d'assurances belge. Exemple :

- un accident du travail survenu à un assuré social belge lors d'un détachement à l'étranger ;

³ Contrairement à la loi coordonnée du 14.07.1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (« loi AMI ») qui, dans son article 136, § 1^{er} dispose le principe suivant : « Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge », pour lequel le Roi a la compétence de fixer des exceptions.

⁴ D. DE BRUCQ, « Les accidents du travail : le point de vue du ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement », dans L'application du règlement CEE n°1408/71 en Belgique, La Charte, 1999, p.391 : « Le secteur des accidents du travail n'a donc pas eu besoin du droit communautaire européen de la sécurité sociale, né après la deuxième guerre mondiale, pour établir le principe, d'une importance capitale, de l'égalité de traitement et de l'interdiction de toute discrimination basée sur la nationalité. La réparation légale n'est pas limitée aux travailleurs nationaux de même qu'elle ne se limite pas aux accidents survenus sur le territoire belge, de même qu'elle autorise l'exportation des prestations dédommageant les victimes. ».

⁵ Si la victime concernée entre dans le champ d'application *ratione personae* de la LAT.

⁶ Qui entrent dans le champ d'application *ratione personae* de la LAT.

⁷ Ci-après : « AR du 17.10.2000 ».

⁸ AR du 08.09.2015 modifiant divers arrêtés royaux en matière de soins de santé transversaux.

⁹ Infra, point 5.

¹⁰ Cf. art. 1-4 LAT et A.R. d'extension du 25.10.1971.

- la victime est en vacances, réside ou séjourne à l'étranger et a besoin de soins médicaux pour un accident qui a précédemment été pris en charge en Belgique.

2.2 DROIT EUROPÉEN

2.2.1 Règlements n° 883/2004 et 987/2009 - la coordination des régimes de sécurité sociale

2.2.1.1 CONTEXTE

En vue de garantir le droit à la libre circulation des travailleurs¹¹ et des personnes en général¹², l'UE a rédigé des règles communes dans le but de protéger les droits de ses citoyens en matière de sécurité sociale lorsqu'ils se déplacent au sein de l'Europe (les 28 pays de l'UE + la Suisse, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège).¹³

Tous les États membres de l'Union européenne peuvent décider librement qui, en vertu de leur législation, doit être assuré, quelles prestations en espèces sont versées et à quelles conditions. Cette réglementation européenne en matière de sécurité sociale ne remplace dès lors pas les régimes nationaux par un régime européen unique, mais coordonne uniquement les régimes nationaux. Les règles de l'Union prévoient dès lors uniquement des règles communes visant à protéger les droits de sécurité sociale *en cas de déplacement au sein de l'Europe*. Par conséquent, la première condition d'application des règles européennes est qu'il s'agisse d'une situation transfrontalière : la victime a fait appel à son droit de libre circulation au sein de l'UE (+ l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse).

Le 01.05.2010, les anciens Règlements CE n° 1408/71 et 574/72 ont été remplacés par les Règlements UE n° 883/2004¹⁴ et 987/2009¹⁵ relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale.¹⁶

L'article 36, § 2 du règlement de base constitue la disposition clé en matière d'accidents du travail « européens » et dispose ce qui suit :

« *Droit aux prestations en nature et en espèces*

1. [...]»¹⁷

¹¹ Article 48, § 1^{er} du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ancien article 42 du Traité instituant la Communauté européenne) : « Le Parlement européen et le Conseil [...] adoptent, dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants salariés et non salariés et à leurs ayants droit : a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales ; b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur les territoires des États membres. »

¹² Article 352 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ancien article 308 du Traité instituant la Communauté européenne) et 1^{er}, 2^e et 3^e considérants du règlement UE n° 883/2004.

¹³ Avec les pays de l'UE, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège font partie de l'Espace économique européen.

¹⁴ Ci-après : « le règlement de base ».

¹⁵ Ci-après : « le règlement d'application ».

¹⁶ Les règlements n° 883/2004 et 987/2009 s'appliquent à la Suisse depuis le 01.04.2012 et à la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein depuis le 01.06.2012.

2. *La personne qui a été victime d'un accident du travail ou qui a contracté une maladie professionnelle, et qui réside ou séjourne dans un État membre autre que l'État membre compétent, bénéficie des prestations en nature particulières du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence ou de séjour conformément à la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. »*

L'article 1^{er}, v bis du règlement définit la notion de « prestations en nature » :

« v bis) les termes "prestations en nature" désignent :

- i) *aux fins du titre III, chapitre 1 [prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées], les prestations en nature prévues par la législation d'un État membre qui sont destinées à fournir, mettre à disposition, prendre en charge ou rembourser des soins de nature médicale et des produits et services annexes à ces soins, y compris les prestations en nature pour les soins de longue durée.*
- ii) *aux fins du titre III, chapitre 2 [accidents du travail et maladies professionnelles], toutes les prestations en nature, au sens du point i), qui sont liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et qui sont prévues dans les régimes des États membres en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. »*

Conformément à l'article 3.1, f) du règlement de base, la réglementation européenne s'applique aux prestations du secteur des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les articles 36 à 41 du règlement de base et les articles 33 à 41 du règlement d'application s'y appliquent. Ces dispositions renvoient cependant majoritairement aux dispositions relatives au secteur maladie¹⁸ qui sont applicables mutatis mutandis.¹⁹ Par conséquent, il ne faut souvent pas tenir compte des caractéristiques spécifiques au secteur des risques professionnels (et plus précisément, de la limitation aux soins en lien avec l'accident, du principe de la prise en charge intégrale, de la nécessité de fixer après l'accident un délai pour décider de la prise en charge). Le fait que les textes ne soient pas adaptés au secteur des accidents du travail génère dès lors régulièrement des problèmes d'interprétation.

❗ L'article 17 du règlement de base (auquel réfère l'article 36.1) dispose en matière de prestations en cas de maladie que « *la personne assurée ou les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient dans l'État membre de résidence des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'ils étaient assurés en vertu de cette législation* ». En matière d'accidents du travail, cet article doit être appliqué mutatis mutandis, mais il n'implique évidemment pas que les « membres de la famille » ont également droit aux indemnités en nature en matière d'accidents du travail.

¹⁷ L'alinéa 1^{er} contient un renvoi aux prestations en cas de maladie : « Sans préjudice des dispositions plus favorables du paragraphe 2 du présent article, l'article 17, l'article 18, paragraphe 1, l'article 19, paragraphe 1, l'article 20, paragraphe 1, s'appliquent également aux prestations pour accidents du travail ou maladies professionnelles. »

¹⁸ L'article 36.1 du règlement n° 883/2004 renvoie aux articles 17, 18, § 1^{er}, 19, § 1^{er} et 20, § 1^{er}.

¹⁹ Jusqu'en 2010, le secteur des accidents du travail et des maladies professionnelles a été considéré par la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale comme faisant partie du secteur maladie.

Comme pour tous les règlements européens, les règles des règlements de base et d'application ont une action directe sur les ordres juridiques nationaux des États membres.²⁰ Les citoyens européens peuvent dès lors directement faire appel aux dispositions des règlements et faire déclarer non applicables d'éventuelles règles nationales contradictoires.

⚠ L'article 1^{er}, v bis, *juncto* article 36 du règlement de base a dès lors d'importantes répercussions pour les organes compétents en matière d'assurance accidents du travail : si, au Portugal par ex., on prévoit de délivrer une prestation donnée en cas d'accident du travail, l'organe compétent doit prendre en charge les coûts de cette prestation, même si elle n'aurait pas été prise en charge dans l'État membre compétent.

2.2.1.2 PRINCIPES DE BASE

Les règlements européens pour la coordination des systèmes de sécurité sociale sont basés sur 4 grands principes de base.²¹

- On ressortit toujours de la législation d'un seul pays et paie donc uniquement des primes ou des cotisations de sécurité sociale dans un seul pays.²² Ce sont les instances de sécurité sociale qui décident le pays duquel la législation s'applique à une personne donnée - en Belgique, il s'agit de l'ONSS.
- Si on a droit à une prestation en espèces, on tient compte si nécessaire des périodes précédentes au cours desquelles on était assuré, on a travaillé ou on a résidé dans d'autres pays.²³
- Le principe de l'exportabilité : si on a droit à une prestation en espèces dans un pays, on la reçoit aussi si l'on réside dans un autre pays.²⁴
- Le principe de non-discrimination : on a les mêmes droits et obligations que les ressortissants du pays où l'on est assuré.²⁵

En Belgique, ce dernier principe - en l'absence de toute disposition restrictive dans la LAT - s'applique automatiquement, même en cas de situations transfrontalières en dehors de l'Europe. La nationalité, la domiciliation, le séjour, le lieu de résidence n'ont aucun impact dans le droit belge relatif aux accidents du travail.²⁶

2.2.2 Directive 2011/24/UE - droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

Comme affirmé, l'Union européenne prévoit uniquement une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, et pas une harmonisation complète. Chaque État membre reste dès lors libre de fixer les conditions auxquelles une personne peut ou doit s'affilier à un régime de sécurité sociale et celles auxquelles il existe un droit aux prestations

²⁰ Article 288 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

²¹ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>

²² Article 11, § 1^{er} du règlement UE n° 883/2004.

²³ Article 6 du règlement UE n° 883/2004.

²⁴ Article 7 du règlement UE n° 883/2004.

²⁵ Article 4 du règlement UE n° 883/2004.

²⁶ D.DE BRUCQ, *op.cit.*, p.392.

médicales et aux indemnités. Les États membres doivent toutefois respecter le droit de l'Union lorsqu'ils exercent cette compétence : les citoyens de l'Union européenne doivent, dans la pratique aussi, pouvoir faire usage de leur droit à la libre circulation. Sur la base de l'article 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne²⁷, la Cour de justice de l'Union européenne s'est prononcée dans différents arrêts sur la manière dont le principe de libre circulation des services - et notamment le droit aux soins de santé transfrontaliers - influence la compétence des États membres pour organiser leur système national de soins médicaux.²⁸

Après plus de 10 ans d'arrêts individuels de la Cour, il était nécessaire de préciser les règles relatives aux soins de santé transfrontaliers. La directive 2011/24/UE²⁹ devait préciser la relation entre les règles en matière de soins de santé transfrontaliers et le cadre déjà existant prévu dans les règlements n° 883/2004 et 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale.³⁰

Plus concrètement, la directive prévoit une procédure parallèle en vertu de laquelle des soins planifiés dans un autre État membre doivent désormais être possibles aussi *en dehors du cadre du Règlement UE n° 883/2004*, avec ou sans autorisation préalable. Par conséquent, il existe maintenant dans l'Union européenne (+ l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse) deux systèmes de prise en charge des frais de soins médicaux d'un patient dans un autre État membre que l'État membre compétent :

- d'une part, le système de l'article 20 du règlement n° 883/2004³¹ qui garantit, sous certaines conditions, le remboursement des frais de soins de santé à charge de l'État membre compétent selon les tarifs fixés par la législation de l'État membre dans lequel le traitement a été dispensé (« *comme si l'intéressé était assuré dans le pays de prestation* ») ;
- d'autre part, le système de la directive 2011/24/UE qui garantit le remboursement des frais de soins de santé à l'étranger selon les tarifs fixés par la législation de l'État membre dans lequel le patient est socialement assuré (« *comme s'il avait été traité dans le pays compétent* »), si les soins reçus font partie des prestations auxquelles l'assuré a droit dans le chef de la législation de ce dernier.

La directive est entrée en vigueur le 24.04.2011 ; les États membres devaient la traduire dans leur législation nationale pour le 25.10.2013.

En Belgique, la directive a été traduite par l'AR du 08.09.2015 modifiant divers arrêtés royaux en matière de soins de santé transfrontaliers. Ces dispositions s'appliquent donc aux accidents du travail transfrontaliers en dehors du contexte du règlement n° 883/2004 et d'éventuels traités bilatéraux en matière de sécurité sociale.

²⁷ Cette disposition prévoit le principe de la libre circulation des services.

²⁸ L'arrêt le plus important dans ce cadre était l'arrêt du 28.04.1998 rendu dans l'affaire Kohl et Decker, dans lequel la Cour a octroyé le droit à une indemnisation des traitements médicaux délivrés dans un autre État membre que celui dont ils proviennent.

²⁹ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 09.03.2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

³⁰ Article 1^{er} de la directive 2011/24/UE.

³¹ L'article 20 du règlement CE n° 883/2004 prévoit la règle relative au « déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations en nature en dehors de l'État membre de résidence ».

2.3 DROIT INTERNATIONAL : TRAITÉS BILATÉRAUX EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

La Belgique a conclu une convention avec une série de pays permettant ainsi d'exporter certains des droits sociaux belges à l'étranger (accords bilatéraux de sécurité sociale). Dans certains cas, il s'agit notamment de la prise en charge des prestations en nature nécessitées par un accident du travail. Le chapitre 4 offre un aperçu des diverses conventions bilatérales en matière de sécurité sociale auxquelles la Belgique est partie, et qui ont trait aux accidents du travail.

3 Fonction d'assurance dans les accidents du travail transfrontaliers (au sein de l'UE, de l'EEE et de la Suisse)

Si la victime est un assuré social belge³² - et que la Belgique est par conséquent l'État membre compétent - les rubriques ci-dessous s'appliquent au règlement d'un accident du travail transfrontalier si cet accident se produit au sein de l'UE, de l'EEE ou en Suisse.

Il faut opérer une distinction entre les prestations en espèces (*cash benefits*) et les prestations en nature (*benefits in kind*).

3.1 INDEMNITÉS, ALLOCATIONS ET RENTES (PRESTATIONS EN ESPÈCES AU SEIN DE L'UE, DE L'EEE ET DE LA SUISSE)

3.1.1 Principes

Les indemnités, allocations et rentes sont payées aux victimes par les entreprises d'assurances agréées, quel que soit l'endroit où elles se trouvent.³³ Les victimes qui résident à l'étranger doivent communiquer chaque année un certificat de vie.

Il n'y a pas d'intervention des institutions de séjour ou de résidence pour le paiement des indemnités, allocations et rentes. Par contre, une coopération est nécessaire :

1. pour permettre le contrôle médical ou administratif de la victime qui se trouve en incapacité alors qu'elle réside ou séjourne en dehors de la Belgique ;
2. pour avertir les institutions de séjour ou de résidence de l'indemnisation qui est accordée.

❗ Les travailleurs ayant droit à une rente, une indemnité, une allocation ou un capital suite à un accident du travail et qui au moment de l'accident étaient déclarés à l'ONSS parce qu'ils se trouvaient partiellement ou totalement dans le champ d'application de la loi ONSS³⁴ restent redevables à l'ONSS des cotisations qui leur sont applicables en vertu de cette loi sauf s'ils savent prouver qu'ils sont assujettis à la sécurité sociale d'un autre pays³⁵

³² Supra, point 2.1.2.

³³ D. DE BRUCQ, op.cit., p. 395 : « Les allocations et les rentes accidents du travail et maladies professionnelles sont payables intégralement, de plein droit, en général directement aux victimes, et la vie durant dans le pays de résidence (même en dehors de l'Union Européenne, même en l'absence de conventions internationales) peu importe qu'elles y aient été assurées ou non ».

³⁴ Loi du 27.06.1969 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

³⁵ Cet aspect fera l'objet d'une autre circulaire.

3.1.2 Les indemnités d'incapacité temporaire de travail

Le règlement de base dispose que « *la personne assurée et les membres de sa famille³⁶ qui résident ou séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient de prestations en espèces servies par l'institution compétente en vertu de la législation qu'elle applique. Dans le cadre d'un accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence ou de séjour, ces prestations peuvent toutefois être servies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour pour le compte de l'institution compétente selon la législation de l'État membre compétent.* »³⁷

Le règlement de base européen contient des dispositions détaillées concernant l'octroi des prestations en espèces à la suite d'une incapacité de travail en cas de séjour ou de résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent.³⁸

L'article 27 du règlement d'application n° 987/2009 décrit la procédure à suivre par la personne assurée, l'institution du lieu de l'État de résidence et l'institution compétente. L'objectif est double : ne pas devoir contraindre la victime à revenir sur le territoire de l'État membre compétent pour faire constater son incapacité et permettre l'échange d'informations entre institutions sur la prise en charge ou non de la période d'incapacité.

A. Procédure à suivre par la personne assurée

- Lorsque la législation de l'État membre compétent requiert que la personne assurée présente un certificat pour bénéficier, en vertu de l'article 21, § 1^{er}, du règlement de base, de prestations en espèces relatives à une incapacité de travail, la personne assurée demande au médecin de l'État membre de résidence ayant constaté son état de santé d'attester son incapacité de travail et sa durée probable.
- La personne assurée **transmet le certificat à l'institution compétente** dans les délais prévus par la législation de l'État membre compétent.
- Lorsque les médecins traitants de l'État membre de résidence ne délivrent pas de certificats d'incapacité de travail³⁹ et que ceux-ci sont exigés en vertu de la législation de l'État membre compétent, la personne concernée s'adresse directement à l'institution du lieu de résidence. Ladite institution fait immédiatement procéder à une évaluation médicale de l'incapacité de travail de la personne et à l'établissement du certificat visé au § 1^{er}. Le certificat est transmis sans délai à l'institution compétente par le flux AW_BUC_06a *Application for cash benefits in respect of accident at work and occupational disease*, qui comprend le SED DA031 *Application for cash benefits*.
- La transmission de la preuve d'incapacité de travail à l'institution compétente ne dispense pas la personne assurée de respecter les obligations prévues par la législation applicable, en particulier à l'égard de son employeur. Le cas

³⁶ Le texte doit être lu mutatis mutandis : les membres de la famille d'une victime ne sont pas visés par la réglementation sur les accidents du travail. Supra, point 2.2.1.

³⁷ Article 36, juncto article 21.

³⁸ Article 36.3, juncto article 21.1 du règlement (CE) n° 883/2004 ; voir M. MORSA, Sécurité sociale, libre circulation et citoyenneté européennes, Anthémis 2012, p. 214-215.

³⁹ C'est notamment le cas aux Pays-Bas.

échéant, l'employeur et/ou l'institution compétente peut demander au salarié de participer à des activités conçues pour favoriser et aider son retour à l'emploi.

B. Procédure à suivre par l'institution de l'État membre de résidence

- À la demande de l'institution compétente, l'institution du lieu de résidence soumet la personne concernée aux **contrôles administratifs ou aux examens médicaux nécessaires** conformément à la législation appliquée par cette dernière institution. Le rapport du médecin contrôleur, qui indique notamment la durée probable de l'incapacité de travail, est transmis sans délai par l'institution du lieu de résidence à l'institution compétente. Les flux (horizontaux) correspondant à ce processus sont le H_BUC_10 *Administrative check* et le H_BUC_08 *Medical information*, qui comprennent respectivement les SED H130 *Request for estimation on costs/Request for administrative check* et H131 *Information on estimated costs/Reply to request for administrative check* et les SED H120 *Request for Medical information* et H121 *Notification of Medical Information/Reply to request for medical information*.
- Cette procédure concerne l'incapacité temporaire uniquement. La demande d'examen doit se rapporter à une **période précise d'incapacité**. L'institution compétente peut décrire le type de contrôle administratif ou médical souhaité (à spécifier au point 8 Attachment ou au point 9 Additional Information du SED H130 *Request for estimation on costs/Request for administrative check* ou au point 3 Nature of Request du SED H120 *Request for Medical information*).
- Le remboursement du coût de ces contrôles est demandé par un flux horizontal (H_BUC_04 *Reimbursement of administrative check or medical examination*).
- L'institution du lieu de résidence peut également notifier à l'institution compétente uniquement la date de fin de l'incapacité, par exemple lorsque le certificat médical envoyé précédemment ne comportait pas de date de fin d'incapacité, ou lorsque la fin de l'incapacité est différente de celle qui était prévue dans le certificat. Cette notification se fait par le flux AW_BUC_06c *Information on end of incapacity for work in respect of accident at work and occupational disease*, qui comprend le SED DA041.

C. Procédure à suivre par l'institution compétente

- L'institution compétente conserve la faculté de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.
- Sans préjudice de l'article 21, § 1^{er}, deuxième phrase, du règlement de base, l'institution compétente **verse les prestations en espèces directement à la personne concernée** et, au besoin, en avise l'institution du lieu de résidence par le flux AW_BUC_06b *Information on payment or not of cash benefits in respect of accident at work and occupational disease* (SED DA040), en y annexant une copie de la décision.

- Aux fins de l'application de l'article 21, § 1^{er}, du règlement de base, les mentions du certificat d'incapacité de travail d'une personne assurée établi dans un autre État membre sur la base des constatations médicales du médecin ou de l'organisme de contrôle ont la même valeur juridique qu'un certificat établi dans l'État membre compétent.
- Si l'institution compétente refuse les prestations en espèces, elle **notifie sa décision à la personne assurée et en avertit simultanément l'institution du lieu de résidence** par le flux
AW_BUC_06b *Information on payment or not of cash benefits* (SED DA040), en y annexant une copie de la décision.



L'entreprise d'assurances qui refuse d'accorder des indemnités d'incapacité temporaire à une victime qui réside dans un autre État membre doit en informer l'institution du lieu de résidence. Si l'entreprise d'assurances ne peut identifier cette institution, elle peut transmettre le SED DA040 à l'organisme de liaison du secteur accidents du travail de l'État membre concerné.

3.1.3 Demandes de rentes d'incapacité permanente de travail ou d'allocations supplémentaires

Pour bénéficier d'une rente ou d'une allocation supplémentaire au titre de la législation d'un État membre, l'intéressé ou ses survivants résidant sur le territoire d'un autre État membre adressent, le cas échéant, une demande soit à l'institution compétente, soit à l'institution du lieu de résidence, qui la transmet à l'institution compétente par le flux
AW_BUC_13 *Forward a claim for AWOD pensions or supplementary allowances to Competent Member State* (SED DA061) ou H_BUC_06 *Transmission of claim/document/information* (SED H065) dans le cas où la personne a transmis cette demande par erreur.

La demande contient tous les informations requises en vertu de la législation qu'applique l'institution compétente⁴⁰.

Exemple :

Une victime d'un accident du travail pris en charge par une entreprise d'assurances en Belgique, qui réside en Italie, peut adresser une demande d'allocation d'aggravation directement à l'entreprise d'assurances en Belgique ou peut introduire sa demande auprès de l'institution de son lieu de résidence. Cette dernière doit alors transmettre la demande à l'entreprise d'assurances compétente par le AW_BUC_13.

Si la demande est introduite par erreur par l'intéressé auprès d'une institution en Italie qui la retransmet à l'entreprise d'assurance en Belgique, la date de transmission initiale à l'institution en Italie a force contraignante pour l'entreprise d'assurance en Belgique. Si, par contre, elle transite par l'organisme de liaison en Belgique, la date de demande d'allocation d'aggravation sera la date de réception de celle-ci par l'organisme de liaison en Belgique.

En ce qui concerne les examens médicaux relatifs à l'incapacité permanente de travail, les règlements européens ne prévoient aucune disposition spécifique. On peut toutefois se référer à l'obligation des institutions compétentes et des organismes de liaison des États membres de coopérer et d'échanger des informations⁴¹ et aux articles 82 (expertise médicale) du règlement (CE) n° 883/2004 et 87 (contrôle médical et administratif) du règlement (CE) n° 987/2009.

3.2 SOINS MÉDICAUX (PRESTATIONS EN NATURE AU SEIN DE L'UE, DE L'EEE ET DE LA SUISSE)

3.2.1 Principes

La victime qui réside ou qui séjourne temporairement dans un autre État membre bénéficie dans l'État membre de résidence ou de séjour des *prestations en nature particulières* du régime des accidents du travail servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence ou de séjour, conformément à la législation qu'elle applique, *comme si elle était assurée en vertu de cette législation*.⁴²

Les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre donnent lieu à un remboursement intégral par l'institution compétente⁴³ par l'intermédiaire d'un organisme de liaison⁴⁴.

3.2.2 Lieu de résidence

3.2.2.1 PRINCIPES

La victime qui réside dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficie, conformément au régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans l'État membre de résidence des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, conformément à la législation qu'elle applique, *comme si elle était assurée en vertu de cette législation*.⁴⁵

Ceci signifie que la victime bénéficiera des mêmes droits que les assurés nationaux dans son pays de résidence, tant pour la détermination des prestations auxquelles elle a droit que pour le montant du remboursement ou de la prise en charge.

L'institution de l'État de résidence qui a fait l'avance des frais obtiendra ensuite le remboursement intégral de ses dépenses auprès de l'institution de l'État compétent.⁴⁶

Exemple :

Monsieur X est victime d'un accident du travail pris en charge par une entreprise d'assurances belge. Il réside en Allemagne.

⁴⁰ Article 40 du règlement (CE) n° 987/2009

⁴¹ Article 76.4, alinéa 1^{er}, et article 76, alinéa 2 du règlement (CE) n° 883/2004.

⁴² Article 36.2 du règlement (CE) n° 883/2004. Pour un aperçu des différents régimes de sécurité sociale : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=fr>

⁴³ Article 35 du règlement (CE) n° 883/2004.

⁴⁴ Pour les prestations en nature (i.e. frais médicaux), il s'agit actuellement de l'INAMI.

⁴⁵ Article 36.2 du règlement (CE) n° 883/2004. ⁴⁶ Article 35 du règlement (CE) n° 883/2004.

Suivant la législation de l'État allemand applicable en matière d'accidents du travail, la victime d'un accident du travail a droit à la prise en charge des adaptations d'habitation nécessaires. Même si celui-ci ne fait pas partie des soins remboursés aux victimes d'accident du travail par la législation belge, Monsieur X aura droit à sa prise en charge par l'institution de résidence allemande, qui en obtiendra le remboursement auprès de l'entreprise d'assurances belge.

Exemple :

Monsieur Y est victime d'un accident du travail pris en charge par une entreprise d'assurance belge ; il réside en Espagne et doit subir une opération des suites de son accident du travail. Il est admis dans un hôpital privé espagnol.

Par contre, la législation espagnole ne prévoit de prise en charge que pour des hospitalisations dans un hôpital public. Monsieur Y ne pourra obtenir de prise en charge par l'institution espagnole pour une hospitalisation dans un hôpital privé en Espagne, même si, conformément à la législation belge, l'hospitalisation aurait été remboursée.

3.2.2.2 EN PRATIQUE

La victime doit se faire inscrire auprès de l'institution du lieu de résidence⁴⁷⁴⁸. Son droit aux prestations en nature dans l'État membre de résidence est attesté par un document portable DA1 délivré par l'institution compétente à la demande de la personne assurée ou de l'institution du lieu de résidence.

Ce DA1 indique au point 3.3 l'État membre dans lequel l'assuré se rend pour établir sa résidence et la case 3.3.1. (« pour y établir sa résidence ») est cochée.

Par ailleurs, l'institution compétente transmet à l'institution du lieu de séjour un SED DA002 attestant du droit aux prestations.

Flux : AW_BUC_01a_b *Certification right Benefits in kind* (SED DA001 et DA002)

- Aussi bien lorsque l'institution du lieu de résidence demande une attestation à l'institution compétente (demande de l'institution du lieu de résidence au moyen du SED DA001, réponse de l'institution compétente au moyen du SED DA002).
- Que lorsque l'institution compétente envoie une attestation sans demande préalable de l'institution du lieu de résidence par un DA001 (le SED DA002 est envoyé à l'initiative de l'institution compétente).

⁴⁷ Article 33.1, juncto article 24.1 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁴⁸ Nous remarquons qu'il n'existe aucun flux spécifique AW pour communiquer l'inscription, malgré l'obligation de l'article 24.2, §2 du règlement (CE) n° 987/2009. Le flux H_01 : Ad hoc exchange of information peut être utilisé à cette fin.

La victime doit suivre les procédures prévues par l'État de résidence. Si la législation de l'État de résidence prévoit une prise en charge avec tiers payant (gratuité des soins), elle pourra bénéficier de cette facilité ; si l'État membre prévoit le remboursement par une caisse de sécurité sociale, elle devra avancer les frais puis s'adresser à cette dernière.

Le document d'attestation de droit reste valable jusqu'à ce que l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence de son annulation par le flux AW_BUC_02 *Cancellation Certification right benefits in kind* (SED DA003).⁴⁹ La date d'annulation est toujours au plus tôt la date à laquelle l'institution du lieu de résidence reçoit le SED, il n'est donc pas possible de corriger une erreur commise dans le passé.

3.2.3 Lieu de séjour

3.2.3.1 PRINCIPES

La victime qui séjourne *temporairement* dans un État membre autre que l'État membre compétent peut bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, *comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation*.⁵⁰

Est en séjour dans un autre État membre la victime qui se trouve sur le territoire de cet État pour des raisons professionnelles ou personnelles, sans toutefois y avoir établi sa résidence (vacances, séjour professionnel, d'études...).

La victime a droit à la prise en charge des prestations en nature servies dans l'État membre de séjour, selon la législation de ce dernier et qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent pour y recevoir le traitement nécessaire.⁵¹

La Cour de Justice, dans un arrêt du 25.02.2003, a précisé que la notion de « soins nécessaires » ne saurait être interprétée « *en ce sens que le bénéfice des prestations en nature n'est pas soumis à la condition que l'affection ayant nécessité les soins concernés soit apparue de manière soudaine à l'occasion d'un tel séjour, rendant lesdits soins immédiatement nécessaires* ».⁵²

Exemple :

Durant ses vacances en France, Madame Y qui a été victime d'un accident du travail pris en charge par une entreprise d'assurances belge a besoin d'une consultation médicale et de médicaments, en raison de son accident du travail. Pour éviter que

⁴⁹ Article 24.2 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁵⁰ Article 19.1 du règlement (CE) n° 883/2004.

⁵¹ Article 25.A.3 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁵² Arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 25.02.2013 - affaire C-326/00 Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) contre Vasileios Ioannidis.

madame Y. ne doit rentrer en Belgique avant la fin de son séjour planifié, ces prestations médicales sont octroyées conformément à la législation française, après quoi l'institution belge compétente remboursera ces frais.

⚠ L'institution du lieu de séjour décidera si les critères « nécessité médicale » et « éviter que l'assuré ne doive rentrer vers l'État membre compétent pour y recevoir le traitement dont il a besoin avant la fin de son séjour planifié » sont remplis. L'institution du lieu de séjour devra cependant toujours avoir la confirmation de l'institution compétente que la victime a droit aux prestations en nature (DA1 ou SED DA002).⁵³
Reste à savoir si l'institution du lieu de séjour peut aussi octroyer des prestations en nature à la charge de l'institution compétente avant d'avoir reçu la DA1 ou DA002.⁵⁴

Sur la base de la loi belge sur les accidents du travail⁵⁵, le Comité de gestion de FEDRIS estime que même si la victime séjourne temporairement dans l'État membre *compétent* (mais réside officiellement dans un autre État membre), les prestations médicales administrées dans l'État membre compétent doivent aussi être prises en charge par l'État membre compétent.

Exemple :

Monsieur X réside en Espagne et a été victime d'un accident du travail pris en charge par une entreprise d'assurance belge. Il revient régulièrement en Belgique consulter le médecin spécialiste qui le suit depuis son accident. L'entreprise d'assurances doit prendre les consultations en charge conformément au tarif du lieu de séjour, c.-à-d. le tarif belge⁵⁶.

3.2.3.2 EN PRATIQUE

La victime présente au prestataire de soins de l'État membre de séjour un document délivré par l'institution compétente, attestant ses droits aux prestations en nature (le document portable DA1). Si la personne assurée ne dispose pas d'un tel document, l'institution du lieu de séjour, sur demande ou en cas de besoin, s'adresse à l'institution compétente pour en obtenir un (flux AW_BUC_01a).⁵⁷ L'institution compétente transmet à l'institution du lieu de séjour un SED DA002 attestant du droit aux prestations⁵⁸.

- Si la victime a effectivement supporté les coûts de tout ou partie des prestations en nature et si la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour permet le remboursement de ces frais à une personne assurée, elle peut adresser une demande de remboursement à l'institution du lieu de séjour. Dans ce cas, celle-ci lui rembourse directement le montant des frais correspondant à ces prestations dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation.⁵⁹

⁵³ Cf. la disposition a d'abord été prévue pour le secteur maladie.

⁵⁴ Infra, cadre sous le point 3.3.1.

⁵⁵ Et par analogie avec l'article 36 juncto article 18.1 (applicable aux travailleurs frontaliers et leur famille) du règlement (CE) n° 883/2004.

⁵⁶ Mais pas nécessairement les frais de déplacement.

⁵⁷ Article 25.A.1 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁵⁸ Voir les flux décrits au point 3.2.2.2.

Exemple :

Madame Y est en vacances en France et a payé au médecin et au pharmacien français sa consultation médicale et ses médicaments (en lien avec son accident du travail). Munie du formulaire DA1 qu'elle avait demandé à son entreprise d'assurances avant son départ, elle peut s'adresser à la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu de séjour pour obtenir un remboursement fixé sur la base du tarif français. Si elle a oublié de demander son formulaire DA1 avant son départ, la Caisse primaire française adresse une demande à l'entreprise d'assurances par l'envoi d'un SED DA001. Lorsque l'entreprise d'assurances aura renvoyé un SED DA002, Madame Y pourra obtenir son remboursement (flux AW_BUC_01a Certification right Benefits in kind).

⚠ Si, le cas échéant, la France réclame une cotisation de la part des patients (ticket modérateur) qui n'est pas demandée en Belgique, celle-ci est à la charge de la victime. En effet, on ne peut pas simultanément bénéficier d'une prise en charge immédiate des frais par le système de sécurité sociale français et d'un remboursement plus élevé conformément au régime belge (cf. si l'on veut bénéficier d'un remboursement plus élevé selon le régime belge, il faut d'abord avancer les frais des prestations médicales et les introduire auprès de l'institution compétente en Belgique).

- Si le remboursement de ces frais n'a pas été demandé directement auprès de l'institution du lieu de séjour, les frais exposés sont remboursés à la personne concernée par l'institution compétente conformément aux tarifs de remboursement pratiqués par l'institution du lieu de séjour ou aux montants qui auraient fait l'objet de remboursements à l'institution du lieu de séjour si l'article 62⁶⁰ du règlement d'application avait été appliqué dans le cas en question.

L'institution de liaison ou du lieu de séjour est tenue de fournir à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs ou montants.⁶¹ Le flux utilisé pour cet échange d'informations est le flux AW_BUC_03 *Establishing the reimbursement rates*, qui comprend les SED DA004 *Request for reimbursement rates* (envoyé par l'institution compétente) et DA005 *Reply to request for*

⁵⁹ Article 25.B.4 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁶⁰ L'article 62 du règlement (CE) n° 987/2009 réfère aux situations dans lesquelles le prestataire de soins est payé directement par la sécurité sociale, et la victime même ne doit pas intervenir dans les frais :

« 1. Aux fins de l'application de l'article 35 et de l'article 41 du règlement de base, le montant effectif des dépenses exposées pour les prestations en nature, tel qu'il ressort de la comptabilité de l'institution qui les a servies, est remboursé à cette dernière institution par l'institution compétente, sauf en cas d'application de l'article 63 du règlement d'application.

2. Si tout ou partie du montant effectif des dépenses exposées pour les prestations visées au paragraphe 1 ne ressort pas de la comptabilité de l'institution qui les a servies, le montant à rembourser est déterminé sur la base d'un forfait établi à partir de toutes les références appropriées tirées des données disponibles. La commission administrative apprécie les bases servant au calcul des forfaits et en arrête le montant.

3. Des tarifs supérieurs à ceux qui sont applicables aux prestations en nature servies aux personnes assurées soumises à la législation appliquée par l'institution ayant servi les prestations visées au paragraphe 1 ne peuvent être pris en compte pour le remboursement. »

⁶¹ Article 25.B.5 du règlement (CE) n° 987/2009.

reimbursement rates (envoyé par l'institution du lieu de séjour). L'institution compétente doit joindre au SED004 une copie des pièces justificatives qui lui ont été déposées par la victime afin que l'institution du lieu de séjour puisse établir précisément le montant qui devrait être remboursé.

Exemple :

Madame Y revient en Belgique après ses vacances en France et envoie les attestations de soins et le ticket de la pharmacie à son entreprise d'assurances, qui a pris en charge son accident du travail. Celle-ci doit lui rembourser ses frais sur la base du tarif français. L'entreprise d'assurances envoie un SED DA004, avec une copie des pièces justificatives, à l'institution/la CPAM du lieu de séjour pour connaître le tarif du remboursement applicable en France pour ces soins. L'organisme français répond par le SED DA005 en mentionnant, pour les différents postes, les montants à rembourser sur la base de la législation française.

- Par dérogation au paragraphe précédent, l'institution compétente peut procéder au remboursement des frais exposés dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, à condition que la personne assurée ait donné son accord pour se voir appliquer cette disposition.⁶²

Exemple :

L'entreprise d'assurances préfère ne pas perdre du temps et propose à Madame Y de lui rembourser la consultation du médecin généraliste et du médicament au tarif applicable en Belgique. Madame Y accepte, l'entreprise d'assurances remboursera le coût réel du montant prévu pour des prestations similaires en Belgique, sans dépasser le montant réellement payé.

❗ Les frais réels sont :

- Frais médicaux = tarif INAMI
- Frais pharmaceutiques = coût réel
- Prothèses = coût réel (à l'exception des prothèses dentaires, pour lesquelles il existe un tarif)
- Frais d'hospitalisation = prix de la journée d'entretien⁶³, le remboursement ne pouvant excéder le coût réel⁶⁴

- Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas le remboursement dans le cas en question conformément à l'article 25.B, §§ 4 et 5, l'institution compétente peut rembourser les frais dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, sans l'accord de la personne assurée.⁶⁵

⁶² Article 25.B.6 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁶³ Cf. article 1^{er}, § 2 de l'arrêté ministériel du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger.

⁶⁴ Article 3, alinéa 2 de l'AR du 17.10.2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail, tel que modifié par l'article 7 de l'AR du 08.09.2015 modifiant divers arrêtés royaux en matière de soins de santé transversaux.

⁶⁵ Article 25.B.7 du règlement (CE) n° 987/2009.

Exemple :

Monsieur Z, lors d'un séjour au Royaume-Uni, a consulté en urgence un ophtalmologue dans une clinique privée. La législation britannique en matière d'accidents du travail ne prévoit de prise en charge que pour les consultations de médecins au sein d'un hôpital du National Health Service. Monsieur Z ne peut donc pas demander l'intervention de l'organisme britannique sur place. À son retour, il transmet son attestation à son entreprise d'assurances qui pourra le rembourser sur la base du tarif belge prévu pour la consultation d'un ophtalmologue en urgence, sans dépasser le montant réellement payé.⁶⁶

3.2.4 Soins programmés

❗ Les soins programmés constituent la principale forme de soins de santé transfrontaliers dans le cadre des accidents du travail.

3.2.4.1 PROCÉDURE D'AUTORISATION

❗ La procédure d'autorisation pour les soins programmés dans le cadre des accidents du travail est basée sur l'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 et l'article 26 du règlement (CE) n° 987/2009 relatif au secteur maladie. Conformément à l'article 36.1 du règlement de base, seul l'article 20.1 (et non l'article 20.2) s'applique au secteur des accidents du travail. Lorsque l'article 33.1 du règlement d'application explique les procédures « mutatis mutandis » fixées aux articles 24 à 27 en se fondant sur l'article 36 du règlement de base, cela implique aussi que l'article 20.2 du règlement de base ne s'applique pas à ces procédures.

Par ailleurs, l'article 36.2bis⁶⁷ a été inséré dans le règlement de base en 2012. Cet article stipule la même chose que l'article 20.2, 2e phrase⁶⁸ du règlement de base, à savoir à quelles conditions l'autorisation pour soins programmés (ne) peut (pas) être refusée par l'institution compétente. La procédure d'autorisation de l'article 26 du règlement d'application doit dès lors être lue ainsi (article 36.2bis du règlement de base au lieu de l'article 20.2 du règlement d'application).

⁶⁶ Cour de justice de l'Union européenne, C-444/05 Aikaterini Stamatelaki c. NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAE), 19.04.2007.

⁶⁷ Inséré par l'article 1er (7) du règlement (UE) n° 465/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22.05.2012 modifiant le règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement (CE) n° 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 : « L'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, ne peut être refusée par l'institution compétente à une personne victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et admise au bénéfice des prestations à charge de cette institution, lorsque le traitement indiqué ne peut pas lui être dispensé sur le territoire de l'État membre où elle réside dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. »

⁶⁸ « L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. »

3.2.4.1.1 Lorsque la victime réside dans l'État membre compétent

Une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.⁶⁹

Il peut s'agir d'une victime qui se rend dans un autre État membre pour s'y faire délivrer une prothèse, des médicaments, y consulter un médecin ou se faire hospitaliser.

L'autorisation est attestée par la délivrance d'un document portable DA1, que la victime présente à l'institution du lieu de séjour.⁷⁰ Dans ce formulaire est indiqué au point 3.3 l'État membre dans lequel l'assuré se rend et la case 3.3.2. (« pour y recevoir des soins ») est cochée. Il est fortement conseillé aux entreprises d'assurances de joindre un rapport médical indiquant quels sont les soins pour lesquels l'autorisation est accordée, car cela n'est pas prévu dans le document portable en tant que tel.

L'autorisation de l'institution compétente ne peut pas être refusée à une personne victime d'un accident du travail et admise au bénéfice de prestations à la charge d'une institution, lorsque le traitement préconisé ne peut pas être dispensé sur le territoire de l'État membre où il réside, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie.⁷¹

Exemple :

Madame V qui réside en Belgique souhaite faire renouveler sa prothèse auprès d'un prothésiste agréé aux Pays-Bas. Elle doit préalablement demander une autorisation à l'entreprise d'assurances qui a pris en charge son accident. L'entreprise d'assurances marque son accord et lui délivre un formulaire DA1 qu'elle devra présenter à l'institution du lieu de séjour aux Pays-Bas pour obtenir une intervention sur la base du tarif applicable aux assurés néerlandais.

3.2.4.1.2 Lorsque la victime ne réside pas dans l'État membre compétent

Lorsqu'une personne assurée ne réside pas dans l'État membre compétent, elle demande une autorisation à l'institution du lieu de résidence, qui la transmet sans délai à l'institution compétente⁷².

Dans ce cas, l'institution du lieu de résidence certifie dans une déclaration que les conditions énoncées à [l'article 36.2bis] du règlement de base sont ou ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence (c.-à-d. qu'à l'intéressé victime d'un accident du travail admis au bénéfice de prestations à la charge d'une institution, le traitement préconisé ne peut pas être dispensé sur le territoire de l'État membre où il réside, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie⁷³).

⁶⁹ Article 20.1 du règlement (CE) n° 883/2004. L'article 20.2. n'est pas applicable dans le secteur des accidents du travail (cf. article 36 du règlement (CE) n° 883/2004).

⁷⁰ Article 26.1 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁷¹ Article 36. 2bis du règlement (CE) n° 883/2004 (inséré par l'article 7 du règlement (UE) n° 465/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22.05.2012 modifiant le règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement (CE) n° 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004.

⁷² Article 26.2, alinéa 1^{er} du règlement (CE) n° 987/2009.

L'institution compétente peut refuser de délivrer l'autorisation demandée uniquement si, conformément à l'appréciation de l'institution du lieu de résidence, les conditions énoncées à [l'article 36.2bis] du règlement de base ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence de la personne assurée, ou si le même traitement peut être dispensé dans l'État membre compétent lui-même, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie de la personne concernée.⁷⁴

L'institution compétente informe l'institution de l'État membre de résidence de sa décision.⁷⁵

En l'absence de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, l'autorisation est réputée accordée par l'institution compétente.⁷⁶

L'échange d'informations se fait par le flux AW_BUC_04a *Authorisation to receive scheduled treatment in a member state other than the Competent Member State and the Member State of Residence* qui comprend les SED DA006 *Transmission of Request for Authorisation to receive scheduled treatment in a Member State other than the Competent Member State and the Member State of Residence* et DA007 *Authorisation to receive scheduled treatment in a Member State other than the competent Member State and the Member State of residence*.

- Le traitement doit être adapté ou prolongé

Si le traitement, pour lequel une autorisation a été accordée par l'institution compétente, se prolonge ou doit être adapté, l'institution du lieu de séjour (dans lequel le traitement a lieu) informe l'institution compétente par le biais du flux AW_BUC_04b *Information about supplement scheduled treatment* qui comprend les SED DA008 *Information on medically appropriate supplement to authorized scheduled treatment* et DA007 *Authorisation to receive scheduled treatment in a Member State other than the competent Member State and the Member State of residence*.

- Soins d'urgence à caractère vital

Lorsqu'une personne assurée ne résidant pas dans l'État membre compétent requiert d'urgence des soins à caractère vital et que l'autorisation ne peut être refusée conformément à [l'article 36.2bis], deuxième phrase, du règlement de base, l'autorisation est octroyée par l'institution du lieu de résidence pour le compte de l'institution compétente, qui en est immédiatement informée⁷⁷ par l'institution du lieu de résidence par le flux AW_BUC_04c *Information about granting of authorisation to receive scheduled*

⁷³ Article 33.1 juncto 26.2, alinéa 2 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁷⁴ Article 33.1 juncto 26.2, alinéa 3 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁷⁵ Article 33.1 juncto 26.2, alinéa 4 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁷⁶ Article 33.1 juncto 26.2, alinéa 5 du règlement (CE) n° 987/2009.

⁷⁷ Article 33.1 juncto 26.3 du règlement (CE) n° 987/2009

urgent vitally necessary treatment by the institution in the Member State of residence on behalf of the Competent Institution (SED DA009).

Exemple :

Monsieur N est un assuré belge qui réside en France et qui est en possession d'un formulaire DA1 d'une compagnie d'assurance belge. Il nécessite des soins d'urgence à caractère vital suite à des lésions en relation causale avec un accident du travail reconnu en Belgique et souhaite être soigné en Allemagne. Si l'institution du lieu de résidence en France estime qu'il s'agit effectivement de soins d'urgence à caractère vital suite à des lésions en relation causale avec un accident du travail reconnu et que ce traitement ne peut pas être dispensé en France dans un délai acceptable sur le plan médical, elle accorde l'autorisation d'administrer le traitement en Allemagne et en informe l'entreprise d'assurances belge.

3.2.4.2 PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Si l'autorisation de soins programmés est **délivrée, ou si l'autorisation est refusée à tort**⁷⁸, les soins dispensés dans un autre État membre doivent être pris en charge par l'institution compétente à hauteur du montant déterminé par la législation de cet État membre où les soins ont été dispensés.

Si la personne assurée a effectivement supporté les coûts de tout ou partie des prestations en nature et si la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour permet le remboursement de ces frais à une personne assurée, elle peut adresser une demande de remboursement à l'institution du lieu de séjour. Dans ce cas, celle-ci lui rembourse directement le montant des frais correspondant à ces prestations dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation.⁷⁹

Si le remboursement de ces frais n'a pas été demandé directement auprès de l'institution du lieu de séjour, les frais exposés sont remboursés à la personne concernée par l'institution compétente conformément aux tarifs de remboursement pratiqués par l'institution du lieu de séjour ou aux montants qui auraient fait l'objet de remboursements à l'institution du lieu de séjour si le remboursement sur la base des dépenses réelles avait été appliqué.⁸⁰

L'institution du lieu de séjour fournit à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs ou montants.⁸¹ L'échange d'informations entre institutions concernant les tarifs de remboursement dans l'État de traitement se fait par le flux AW_BUC_03 *Establishing the reimbursement rates*.

Lorsqu'un refus d'autorisation est **fondé**, l'assuré social peut toutefois prétendre, au titre de l'article 56 du TFUE⁸² et de l'article 20 du règlement de base⁸³, au remboursement des

⁷⁸ Cour de justice de l'Union européenne, C-430/12 Elena Luca c. Casa de Asigurări de Sănătate Bacău, 11.07.2013 : « en raison de la seule absence d'autorisation préalable.

⁷⁹ Article 33.1 juncto article 26.6 juncto article 25.4 règlement (CE) n° 987/2009.

⁸⁰ Article 33.1 juncto article 26.6 juncto article 25.5, alinéa 1er règlement (CE) n° 987/2009.

⁸¹ Article 33.1 juncto article 26.6 juncto article 25.5, alinéa 2 règlement (CE) n° 987/2009.

⁸² Ancien article 49 règlement CE : libre circulation des services

soins dans la limite de la couverture garantie par le régime d'assurance auquel il est affilié.⁸⁴

Lorsque la personne assurée a effectivement pris elle-même en charge tout ou partie du coût du traitement médical autorisé et que le montant que l'institution compétente est tenue de rembourser à l'institution du lieu de séjour ou à la personne assurée conformément à l'article 26.6 du règlement d'application (coût réel) est inférieur à celui qu'elle aurait dû assumer pour le même traitement dans l'État membre compétent (coût théorique), l'institution compétente rembourse, sur demande, le coût du traitement qu'elle a supporté à concurrence du montant de la différence entre le coût théorique et le coût réel. Le montant du remboursement ne peut toutefois pas dépasser celui des coûts effectivement supportés par la personne assurée et peut prendre en compte les montants que la personne assurée aurait dû acquitter si le traitement avait été prodigué dans l'État membre compétent.⁸⁵

Exemple:

Après en avoir obtenu l'autorisation préalable, monsieur N a subi une opération en Allemagne et il a payé lui-même les frais d'hospitalisation pour un montant de 2 000 €. À son retour, il envoie les pièces justificatives et la preuve de paiement à son entreprise d'assurances. Celle-ci demande à l'institution du lieu de séjour en Allemagne de lui communiquer le tarif du remboursement dû à la victime : le montant remboursable en Allemagne est de 1 200 €. Le tarif belge pour 3 nuits d'hospitalisation est de 3 x 433,49 €, soit 1 300,47 €. L'entreprise d'assurances remboursera à monsieur N, à sa demande, 1 200 € (tarif allemand) + 100,47 € (différence entre le coût réel et le coût théorique).

3.2.4.3 FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

Dans les cas où la législation nationale de l'institution compétente prévoit le remboursement des frais de voyage et de séjour indissociables du traitement de la personne assurée, ces frais pour la personne concernée et, si nécessaire, pour une personne qui doit l'accompagner sont pris en charge par cette institution lorsqu'une autorisation est accordée en cas de traitement dans un autre État membre.⁸⁶

⁸³ Ancien article 22 règlement (CE) n° 1408/71.

⁸⁴ Cour de justice de l'Union européenne, C-430/12, Elena Luca c. Casa de Asigurări de Sănătate Bacău, 11.07.2013.

⁸⁵ Article 26.7 du règlement (CE) n° 987/2009. Cet article est la traduction du « remboursement complémentaire Vanbraeckel ». Cf. Cour de justice de l'Union européenne C-368/98, Abdou Vanbraeckel e.a. c. Landsbond der christelijke mutualiteiten, 12.07.2001.

⁸⁶ Article 26.8 du règlement (CE) n° 987/2009 : « Dans les cas où la législation nationale de l'institution compétente prévoit le remboursement des frais de voyage et de séjour indissociables du traitement de la personne assurée, ces frais pour la personne concernée et, si nécessaire, pour une personne qui doit l'accompagner sont pris en charge par cette institution lorsqu'une autorisation est accordée en cas de traitement dans un autre État membre. » Cet article est la traduction du « remboursement complémentaire Herrera ». Cf. Cour de justice de l'Union européenne, C-466/04, Manuel Acereda Herrera c. Servicio Cántabro de Salud, 15.06.2006.

Exemple :

Monsieur N a reçu une autorisation pour une hospitalisation en Allemagne. L'entreprise d'assurances prendra en charge ses frais de voyage et de séjour aux conditions des articles 36 et 37 de l'arrêté royal du 21.12.1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail :

- *Coût réel si déplacement en transport en commun*
- *0,2479 € par kilomètre si le déplacement s'effectue avec un autre mode de transport.*
- *Le conjoint, les enfants et les parents ont droit au remboursement des frais de déplacement, aux conditions de l'article 37*

Les entreprises d'assurances fournissent à la victime les informations nécessaires concernant ses droits et prétentions, en particulier les conditions de remboursement, du remboursement complémentaire des frais de voyage et de séjour conformément à l'article 26.8 du règlement d'application.

Lorsque l'assuré est informé qu'il lui est accordé une autorisation préalable, il est informé en même temps des conditions auxquelles il a droit à une intervention dans les frais de déplacement.

3.2.4.4 INFORMATION DES PATIENTS

La directive 2011/24/UE a notamment pour objectif de permettre aux patients qui se déplacent au sein de l'Union européenne de disposer d'une meilleure information quant aux soins qui pourraient leur être délivrés et aux praticiens autorisés à pratiquer dans l'État membre dans lequel ils ont l'intention de recevoir ces soins.

Chaque pays doit disposer à cet effet d'un point de contact national. La liste des points de contact nationaux est disponible à l'adresse suivante : http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/index_en.htm. En Belgique, c'est le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement qui a été désigné point de contact.⁸⁷

Les autorités des différents pays peuvent s'échanger des informations relatives aux autorisations de pratiquer des professionnels de la santé grâce au système de communication IMI (Internal Market Information).⁸⁸

⁸⁷ <http://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/point-de-contact-national-soins-de-sante>

⁸⁸ http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about/index_fr.htm

Tableau 1: remboursement des frais pour soins en nature (883/2004)

	Prestations en nature dispensées dans l'État membre du lieu de résidence	Prestations en nature dispensées dans l'État membre du lieu de séjour	Soins médicaux programmés (dans un État membre autre que l'État membre compétent)
Quel type de soins ?	Tous les soins nécessités des suites de l'accident du travail (art. 36.2 RB)	Soins nécessités des suites de l'accident du travail et nécessaires sur le plan médical pour éviter que l'assuré ne doive rentrer vers l'État membre compétent pour y être soigné avant la fin de son séjour planifié (art. 36.1 jct. 19.1 RB et art.25.3 RA)	Soins relatifs à l'accident du travail autorisés par l'institution compétente (art. 36.1 jct. 20.1 RB)
Quelles formalités à remplir par la victime ?	DA1 + inscription auprès de l'institution du lieu de résidence (art. 24.1 RA)	DA1	DA1
En l'absence de formulaire DA1	SED DA002 Flux AW_BUC_01	SED DA002 Flux AW_BUC_01	SED DA007 Flux AW_BUC_04
Remboursement possible après le retour dans l'État membre compétent ?	Non	Oui Flux AW_BUC_03 (art. 25.5 RA)	Oui, avec possibilité de complément Flux AW_BUC_03 (art. 26.6 en 26.7 RA)
Quel tarif ?	Tarif du lieu de résidence (art. 36.2 RB)	Tarif du lieu de séjour (art. 25.4 et 25.5 RA) OU tarif de l'institution compétente, après accord de la victime	* Si autorisation ou refus à tort : Tarif du lieu de séjour appliqué par l'institution compétent + éventuellement

		(art. 25.6 RA)	indemnité complémentaire « Vanbraeckel » (art. 26.7 RA) + évt indemnité complémentaire frais de voyage et de séjour (art. 26.8 RA) * Si refus (justifié) : Tarif du régime d'assurance maladie (CJUE, C-430/12)
--	--	----------------	--

Les principaux problèmes pour l'application des règles ci-dessus se posent lorsque :

1. Prestations en nature dispensées dans l'État membre du lieu de résidence : la victime réside à l'étranger et demande le remboursement des frais qui ne sont pas pris en charge conformément à la réglementation applicable de l'État membre de résidence (par exemple : une opération dans un hôpital privé espagnol). Dans ce cas, il n'existe aucune possibilité de remboursement direct à la victime dans l'État membre de résidence, et la victime ne sera donc pas remboursée intégralement (car aucun remboursement après le retour dans l'État membre compétent n'est prévu).
2. Prestations en nature dispensées dans l'État membre du lieu de séjour: un prestataire de soins étranger demande le remboursement direct des prestations fournies pour un victime résident en Belgique ou la victime demande que soit payé directement le prestataire étranger. Dans ce cas, il n'existe pas non plus de possibilité de remboursement : le principe de la directive 2011/24/UE veut que la victime doive toujours avancer les frais avant de pouvoir éventuellement obtenir un remboursement.
3. Soins médicaux programmés dans un État membre autre que l'État membre compétent : la victime n'a pas demandé l'autorisation préalable pour des soins médicaux programmés à l'étranger. Dans ce cas, la victime ne pourra pas bénéficier du régime des règlements, et le régime de la directive 2011/24/UE s'appliquera. Par conséquent, la victime sera indemnisée conformément aux dispositions de l'AR du 17.10.2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux en matière d'accident du travail.
4. Soins médicaux programmés dans un État membre autre que l'État membre compétent : la victime a bien demandé l'autorisation préalable pour des soins médicaux programmés à l'étranger, mais les soins médicaux ne sont pas remboursés conformément à la législation de l'État membre concerné. Dans ce cas, les frais

sont remboursés conformément au tarif belge (si ceux-ci sont repris au sein de la nomenclature belge).

3.2.5 Instructions pour la délivrance du document portable DA1

Le document portable DA1 (voir annexe) permet à la victime d'obtenir l'intervention de l'institution du lieu de séjour ou de résidence pour des prestations en nature relatives à un accident du travail⁸⁹.

Ce formulaire doit être délivré à l'assuré ; un SED DA002 doit par ailleurs être envoyé à l'institution du lieu de résidence ou de séjour chargée des accidents du travail si celle-ci est connue ou à l'organisme de liaison du lieu de résidence ou de séjour.

Afin de permettre une application correcte des règlements européens et de lutter contre la fraude, il est recommandé aux entreprises d'assurance de remplir le formulaire en respectant les instructions suivantes :

- ❗ - le formulaire DA1 comporte 5 cadres, chacun de ces cadres doit être rempli ;
- le formulaire doit être daté, signé et pourvu d'un cachet de l'institution, le n° d'identification de l'institution est obligatoire ;
- l'institution qui délivre le formulaire conserve une copie et tient un registre des formulaires délivrés afin de permettre le contrôle ultérieur des créances et la transmission des données à des fins de statistiques ;
- le document officiel européen ne peut pas être modifié (pas de logo de l'assureur...) et doit être imprimé en couleur.

Le même formulaire sera utilisé pour un séjour, un transfert de résidence (en cas de clôture du droit dans le lieu de résidence précédent) ou des soins programmés.

Dans l'hypothèse d'un transfert de résidence, aucune date de fin de la durée probable des soins ne peut en principe être mentionnée. Si la victime ne réside plus dans le pays mentionné dans le DA1 au cadre 3.3, l'institution compétente doit envoyer un SED DA003

Cancellation of Certification of the Right to Benefits in Kind à l'institution du lieu de résidence.⁹⁰

Dans l'hypothèse de soins programmés, il est conseillé de joindre un rapport médical détaillant les soins pour lesquels un accord est donné et de cocher la case 4.1.

- ❗ Dans tous les cas, il est indispensable de décrire au point 3.1.2 les séquelles de l'accident du travail, afin de permettre à l'institution du lieu de résidence/séjour d'apprécier le lien causal entre les soins dont le remboursement est demandé et les séquelles de l'accident. L'institution compétente qui ne fournit pas ces informations ne pourra pas contester ultérieurement une demande de remboursement d'une institution du lieu de résidence ou de séjour au motif que les soins n'ont pas été nécessités par les séquelles de l'accident du travail. Il est de l'intérêt de l'institution compétente de remplir le plus complètement possible ce formulaire.

⁸⁹ Dans le secteur maladie, on utilise le formulaire S2.

⁹⁰ Cela implique qu'il devrait être possible d'assurer le suivi des données d'adresse à l'étranger des assurés pour lesquels un formulaire DA1 a été délivré.

3.2.6 Remboursements entre institutions

3.2.6.1 PRINCIPES

L'article 41 du règlement de base prévoit 2 principes relatifs au remboursement entre institutions de différents États membres :

1. Les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre donnent lieu à remboursement intégral ;
2. Les remboursements se font sur la base des frais réels.⁹¹

Ce point ne concerne que les prestations en nature (benefits in kind) ; les prestations en espèces se règlent directement entre la victime et l'institution compétente.⁹²

Les modalités d'exécution font l'objet des articles 66 à 68 du règlement d'application 987/2009 ainsi que la décision S9 de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale.⁹³

Les remboursements entre institutions des États membres transitent par l'organisme de liaison.⁹⁴ En Belgique, dans le secteur des accidents du travail, les demandes de remboursement sont transmises par l'INAMI, qui est l'organisme désigné pour les remboursements dans le secteur.⁹⁵

C'est l'INAMI qui reçoit les créances étrangères et qui opère les remboursements pour le compte des assureurs loi. L'INAMI récupère ensuite ses débours auprès des assureurs-loi.

3.2.6.2 DÉLAI DE REMBOURSEMENT

Les règlements prévoient des délais strictes pour l'introduction des créances auprès des organismes (de liaison) des autres États membres.⁹⁶

Les remboursements entre les États membres concernés s'effectuent dans les meilleurs délais, et au moins avant la fin du délais prévu par le règlement.⁹⁷ Si le paiement n'a pas été effectué à temps, l'État membre de créancier peut réclamer des intérêts moratoires.⁹⁸

⁹¹ Ce qui exclut le remboursement sur base de forfaits comme cela est possible dans le secteur AMI sur base de l'article 35

⁹² Supra, point 3.1.3

⁹³ Décision n° S9 du 20.06.2013 concernant les modalités de remboursement aux fins de l'application des articles 35 et 41 du règlement (CE) n° 883/2004, Pb. C 279/8, p.8 (voir annexe 2).

⁹⁴ Article 66.2 du règlement (CE) 978/2009

⁹⁵ Règlement (CEE) n° 574/72, annexe 3. Il 'institutions du lieu de séjour ». En ce qui concerne le rôle de l'INAMI en tant qu'«établissement de paiement », des discussions sont en cours dans le cadre du projet européen EESSI. En effet, la mise en production du projet ne devrait plus impliquer l'INAMI dans les mécanismes de paiement du secteur accident du travail.

⁹⁶ Cf. articles 67.1 et 67.4 du règlement (CE) n 987/2009 : les créances établies sur la base des dépenses réelles sont introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur au plus tard douze mois après la fin du semestre civil au cours duquel ces créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditrice. Les créances introduites après expiration de ce délai ne sont pas prises en considération.

⁹⁷ Cf. articles 66.1 et 67.5 du règlement (CE) n° 987/2009 : Les créances sont payées par l'institution débitrice à l'organisme de liaison de l'État membre créditeur visé à l'article 66 du règlement d'application dans un délai de dix-huit mois suivant la fin du mois au cours duquel elles ont été introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur.

⁹⁸ Article 68.1 du règlement (CE) n° 987/2009.

3.2.6.3 REJET OU CONTESTATION DES CRÉANCES

Une créance relative au remboursement de prestations servies sur la base d'un DA1 peut être rejetée et renvoyée à l'institution créditrice, par exemple lorsqu'elle :

- est incomplète et/ou remplie de manière incorrecte,
- porte sur des prestations qui n'ont pas été servies pendant la période de validité du DA1.⁹⁹

Aucune créance ne peut être contestée au-delà d'un délai de **dix-huit mois** suivant la fin du mois au cours duquel elles ont été introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur.¹⁰⁰

Si l'institution débitrice exprime un doute quant à l'exactitude des faits sur lesquels une créance est fondée, il incombe à l'institution créditrice de réexaminer la régularité de la créance émise et, le cas échéant, de retirer ou de recalculer celle-ci.¹⁰¹

Lorsque l'organisme de liaison de l'État membre créateur n'a pas répondu ni présenté les pièces justificatives demandées dans un délai de **12 mois** suivant la fin du mois au cours duquel il a reçu la contestation, celle-ci est réputée acceptée par l'État membre créateur et la créance ou ses parties pertinentes sont définitivement rejetées.¹⁰²

Exemple :

Inscription de la créance	05.09.2017	
Expiration du délai pour contester une créance	30.03.2019	Fin du mois (30.09.2017) + 18 mois
Contestation transmise le	16.12.2018	
Expiration du délai pour rejeter la contestation	31.12.2019	Fin du mois (31.12.2018) + 12 mois

Les motifs de contestation ne sont pas définis par la réglementation européenne et sont difficiles à déterminer. Le groupe d'experts qui a rédigé les SED pour le secteur des accidents du travail a retenu les motifs suivants :¹⁰³

- Nous ne sommes pas concernés par ce document
- Le code de l'institution est incorrect. SVP fournir le code correct institution
- Il est impossible d'identifier la personne au départ de l'information fournie. SPV vérifier les données
- L'attestation de droit est manquante ou inconnue. SVP fournir une copie
- La période des prestations en nature n'est pas couverte par la période de droit
- La période des prestations en nature est couverte partiellement par la période de droit. SVP ajuster la créance
- La personne n'était pas assurée pendant la période des prestations. SVP fournir une attestation de droit
- La personne est décédée le (remplir la date)

⁹⁹ Article 2.1 de la décision n° S9.

¹⁰⁰ Article 12.1 de la décision n° S9.

¹⁰¹ Article 4 de la décision n° S9.

¹⁰² Article 12.2 de la décision n° S9.

¹⁰³ SED DA016 Contestation of individual claim - benefits in kind.

- Les prestations ne concernent pas un accident du travail
- Le montant total de la créance est différent de la somme des créances individuelles
- Le montant total de la créance individuelle est différent de la somme des prestations
- Créance double
- Les périodes d'hospitalisation se chevauchent
- Information manquante concernant les autres prestations servies. SVP à spécifier
- Le coût des prestations a été remboursé complètement ou partiellement à la personne assurée
- La créance est introduite hors délai (indiquer la date)
- Autre raison (remplir la zone "Autre raison")

L'institution débitrice ne peut invoquer le motif de contestation « les prestations ne concernent pas un accident du travail » uniquement si la section 3.1.2 du DA1 (conséquences de l'accident du travail) a été remplie entièrement et correctement. En d'autres termes, ce motif de contestation peut uniquement être invoqué si les frais introduits ne peuvent pas être mis en relation avec les conséquences médicales de l'accident du travail.

L'entreprise d'assurance a dès lors tout intérêt à préciser dans le DA1 le libellé exact des séquelles dues à l'accident afin d'éviter les contestations ultérieures sur le lien de causalité.

Les organismes de liaison notifient à la commission des comptes, dans les délais et selon les modalités fixés par elle, le montant des créances introduites, réglées ou contestées (position créditrice), d'une part, et le montant des créances reçues, réglées ou contestées (position débitrice), d'autre part.¹⁰⁴

La commission administrative établit la situation des créances pour chaque année civile, sur la base du rapport de la commission des comptes.

3.3 PREMIERS SOINS AU SEIN DE L'UE, L'EEE ET LA SUISSE

Au cours des années 2012-2015, le nombre d'accidents du travail pris en charge par une entreprise d'assurances belge et survenus à l'étranger se situe entre 1 000 et 1 500 par an et sur le chemin du travail entre 100 et 200.

L'accident peut survenir à un travailleur en mission à l'étranger¹⁰⁵, à un travailleur détaché¹⁰⁶ ou à un travailleur qui réside à l'étranger et qui est accidenté sur le chemin du travail.

Les formalités habituelles doivent être accomplies par l'employeur en application de la réglementation belge, en particulier la déclaration de l'accident du travail à l'entreprise d'assurances dans le délai normal de huit jours à compter du lendemain de l'accident.¹⁰⁷

La réglementation européenne prévoit également un certain nombre d'échanges d'informations permettant la prise en charge des premiers soins sur place et le règlement de l'accident.

¹⁰⁴ Article 69.1 du règlement UE n° 987/2009.

¹⁰⁵ Cass. 03.05.1978, Pas., 1978, I, 1001.

¹⁰⁶ Article 12.1 du règlement (CE) n° 883/2004.

¹⁰⁷ Conformément à l'article 34 du règlement (CE) n° 987/2009, la déclaration est effectuée conformément à la législation de l'État membre compétent.

3.3.1 Prise en charge des premiers soins

La victime qui s'adresse à l'institution du lieu de séjour pour la prise en charge des prestations en nature ne disposant logiquement pas d'un formulaire DA1 complété (vu que son accident du travail vient de se produire), l'institution de séjour doit s'adresser à l'institution compétente pour en obtenir un (AW_BUC_01a *Certification right Benefits in kind*; DA001)¹⁰⁸. L'institution du lieu de séjour qui ignore à quelle entreprise d'assurances s'adresser peut envoyer sa demande à l'organisme de liaison (FEDRIS), à charge pour ce dernier de transmettre ladite demande à l'entreprise d'assurance concernée.

L'entreprise d'assurance peut soit délivrer directement un DA1, soit contester le fait que la législation relative aux accidents du travail soit applicable, le temps de procéder à une enquête. Dans ce cas, elle en avise sans délai l'institution du lieu de résidence ou l'institution du lieu de séjour ayant servi les prestations en nature, qui sont alors considérées comme relevant de l'assurance maladie par le flux AW_BUC_08 *Contestation of the application of the legislation related to accidents at work or occupational disease* en envoyant le DA-048 *Notification of contestation concerning the occupational nature of the accident or disease* (notification de la contestation).¹⁰⁹ Les prestations en nature sont alors considérées (provisoirement) comme relevant de l'assurance maladie.¹¹⁰

Lorsqu'une décision définitive est intervenue, l'institution compétente en avise sans délai l'institution du lieu de résidence ou l'institution du lieu de séjour ayant servi les prestations en nature en poursuivant le flux AW_BUC_08 par l'envoi d'un DA049 *Notification of final decision on contestation concerning the occupational nature of the accident or disease* (notification de la décision finale).^{111,112}

Lorsque la décision prise est celle d'une prise en charge, l'institution compétente envoie par ailleurs une attestation de droits aux prestations en nature (DA002) par le flux AW_BUC_01 *Certification right Benefits in kind*. Dans ce cas, les prestations en nature dont l'intéressé a bénéficié au titre de l'assurance maladie sont considérées depuis la date de l'accident du travail comme des prestations d'accident du travail.¹¹³

Lorsqu'il s'agit d'une décision de refus, l'institution compétente doit donner les raisons de ce refus et des informations relatives à l'assurance maladie dans le SED DA049. Dans ce cas, des prestations en nature continuent d'être servies au titre de l'assurance maladie si l'intéressé y a droit.

L'accomplissement de ces formalités ne dispense pas l'entreprise d'assurances de respecter les formalités BUC imposées par le droit belge, telle que l'information de la mutuelle de l'intéressé lorsque le cas est refusé ou douteux.¹¹⁴

Opmerking [C1]: "L'accomplissement de ces formalités du BUC ne dispense pas l'entreprise d'assurances de respecter les formalités imposées par le droit belge, telle que l'information de la mutuelle de l'intéressé lorsque le cas est refusé ou douteux."

¹⁰⁸ En principe, en cas de soins médicaux dans l'État membre du lieu de résidence, autre que l'État membre compétent, un DA1 ou un flux DA002 sont toujours disponibles, vu qu'il faut obligatoirement s'inscrire auprès de l'institution du (nouveau) lieu de résidence. Supra, point 3.2.2.

¹⁰⁹ Article 35.1 du règlement (CE) n° 987/2009.

¹¹⁰ Article 35.1 in fine du règlement (CE) n° 987/2009.

¹¹¹ Article 35.2 du règlement (CE) n° 987/2009.

¹¹² Le flux AW_BUC_08 est donc composé de deux SED (DA049 et DA048) tous les deux envoyés par l'institution compétente : le premier pour signaler l'existence d'une contestation, le deuxième pour informer de la décision finale

¹¹³ Article 35.2, alinéas 2 et 3 du règlement (CE) n° 987/2009.

¹¹⁴ Article 63 de la LAT.

ⓘ En ce qui concerne le droit provisionnel aux prestations en nature conformément à l'article 36.2 du règlement de base et aux articles 33.2 et 35 du règlement d'application, les débats font toujours rage au sein de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CACSSS).

En effet, l'Allemagne estime que les soins des prestataires de soins du lieu de séjour prodigués à titre *provisionnel*¹¹⁵ selon le régime d'accidents du travail « local », doivent être entièrement pris en charge par l'institution compétente - même s'il est décidé ultérieurement que, conformément à la législation applicable, il ne s'agit pas d'un accident du travail.¹¹⁶

Le secrétariat de la CACSSS a reconnu qu'il existe un vide juridique quant à ce point, et voit 2 solutions possibles :

- 1) l'institution du lieu de séjour ne prodiguera à titre « provisionnel » que les prestations en nature selon le régime maladie, jusqu'à ce que l'institution compétente lui confirme que l'accident a été accepté comme accident du travail, ou
- 2) les institutions compétentes acceptent d'indemniser toutes les prestations en nature prodiguées à titre « provisionnel » conformément à la législation sur les accidents du travail de l'État membre du lieu de séjour jusqu'à ce qu'une décision définitive ait été prise quant au « caractère professionnel » de l'accident, ou du moins jusqu'à ce que le « caractère professionnel » de l'accident ait été contesté. On attend toujours l'avis définitif de la CACSSS.¹¹⁷ Toutefois, en ce qui concerne le remboursement des prestations en nature, la CACSSS a déjà confirmé que les prestations en nature devant être remboursées sont déterminées par la législation de l'État membre qui a prodigué le soin.¹¹⁸ Par conséquent, lorsque l'entreprise d'assurances recevra une demande de reconnaissance de l'accident en tant qu'accident du travail (DA001), elle aura tout intérêt à répondre au plus vite par un DA048 afin de contester provisoirement l'application du régime d'accidents du travail dans le pays où sont prodigués les soins.

3.3.2 Coopération entre institutions

La réglementation européenne prévoit des échanges d'informations entre institutions concernant d'une part les circonstances de l'accident et d'autre part les conséquences et le règlement de celui-ci.

¹¹⁵ C.-à-d. avant que l'institution compétente n'informe l'institution de l'État membre du lieu de résidence ou de séjour de sa décision quant à l'acceptation ou le refus de l'accident en tant qu'accident du travail.

¹¹⁶ Note C.A. 390/14, 755/15 et 782/15 d'Allemagne.

¹¹⁷ Rapport officiel de la C.A. de décembre 2015 : "The Secretariat concluded that discussions on this issue so far have not resulted in solving the problem which, in any event, arises only in a minority of cases, namely where the institution of the competent Member State contests the occupational nature of an accident and, in addition, refuses to reimburse the specific benefits which had been granted by the work accident insurance on a provisional basis in the country of treatment. Therefore, the Secretariat advised the delegations to take that into account in their daily practice and to make best efforts to resolve similar problems, where they occur, bilaterally."

¹¹⁸ Rapport officiel de la C.A. de décembre 2015 : "With reference to note AC 755/15 and Article 36 of Regulation (EC) No 883/2004, the German delegation emphasized the obligation of the competent institutions to reimburse all benefits in kind provided in accordance with the legislation of the Member State of residence or stay. It considered that it was not possible to refuse reimbursement of specific benefits on the grounds that they are not part of the catalogue of benefits provided in the competent Member State. This interpretation was confirmed by the Secretariat, who clarified that the scope of benefits to be reimbursed was not determined by the legislation of the Member State which is responsible for reimbursement, but by the legislation of the Member State in which the benefits had been provided in accordance with Article 36 of Regulation (EC) No 883/2004."

3.3.2.1 EXAMEN DE L'ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL¹¹⁹

Si, en cas d'accident survenu sur le chemin du travail sur le territoire d'un État membre autre que l'État membre compétent, il y a lieu de procéder à une enquête sur le territoire du premier État membre afin de déterminer s'il existe des droits aux prestations pertinentes, une personne peut être désignée à cet effet par l'institution compétente, qui en informe les autorités dudit État membre (par le flux AW_BUC_07b *Appointment of a person for the purpose of performing an inquiry - accident while traveling to or from work*). Les institutions coopèrent entre elles afin d'apprécier toutes les informations pertinentes et de consulter les procès-verbaux et tous autres documents relatifs à l'accident.¹²⁰ L'entreprise d'assurances peut par exemple s'adresser à l'organisme de liaison de l'État sur le territoire duquel l'accident s'est produit pour obtenir une copie des procès-verbaux établis par les autorités locales.

3.3.2.2 EXPERTISE MÉDICALE

- L'institution compétente peut demander à l'institution de l'État membre de résidence ou de séjour de réaliser un examen médical de la victime, **en vue d'évaluer ou de contrôler le droit à des indemnités ou à des prestations en nature** conformément à la législation applicable. L'institution du lieu de résidence ou de séjour réalise l'examen selon ses propres règles et procédures, et fournit à l'institution compétente un rapport reprenant les constats de l'examen médical demandé (flux H_BUC_08 *Medical Evidence or Examination/Estimated Costs of Medical Evidence or Examination* qui comprend les SED H120 *Request for Medical Information / Information on Estimated Costs* en H121 *Reply to Request for Medical Information / Reply to Request for Information on Estimated Costs*). Si cela s'avère pertinent, l'institution compétente peut d'abord demander à l'institution de l'État membre de résidence ou de séjour de lui fournir une estimation du coût de l'examen médical (au moyen du même flux) avant de lui demander de réaliser celui-ci. Les honoraires sont payés par l'institution du lieu de résidence ou de séjour, en fonction des cas, conformément au tarif appliqué par cette institution, mais sont facturés à l'institution compétente.¹²¹ L'institution du lieu de résidence ou de séjour récupère ces frais auprès de l'institution compétente au moyen du flux horizontal H_BUC_04.¹²²
- À l'issue du traitement dans l'État membre de résidence ou de séjour, un rapport détaillé accompagné de certificats médicaux **concernant les conséquences permanentes** de l'accident ou de la maladie, en particulier l'état actuel de la personne blessée ainsi que la **guérison ou la consolidation** des lésions, est transmis à l'institution compétente à sa demande (flux AW_BUC_07c *Benefits in kind - detailed report*, qui comprend les SED DA044 *Request of a detailed report accompanied by a medical certificates* et DA042 *Medical certificate or report*).¹²³ Les honoraires afférents sont payés par l'institution du lieu de résidence ou de séjour, selon le cas, au tarif appliqué par cette institution à la charge de l'institution compétente.¹²⁴ L'institution du lieu de résidence ou de séjour récupère ces frais auprès de l'institution compétente au moyen du flux horizontal H_BUC_04.

¹¹⁹ Le règlement d'application ne prévoit pas la possibilité d'enquêter dans le cas d'un accident sur le lieu de travail

¹²⁰ Article 34.3 du règlement (CE) n° 987/2009.

¹²¹ Article 34.4, in fine du règlement (CE) n° 987/2009.

¹²² Actuellement ces créances sont traitées par l'INAMI.

¹²³ Article 34.4 du règlement (CE) n° 987/2009.

¹²⁴ Article 34.4 in fine du règlement (CE) n° 987/2009.

3.3.2.3 INFORMATIONS RELATIVES À LA DATE DE CONSOLIDATION ET À L'OCTROI D'UNE RENTE

À la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour, selon le cas, l'institution compétente lui notifie la décision fixant la date de guérison ou de consolidation des lésions ainsi que, le cas échéant, la décision relative à l'octroi d'une rente au moyen du flux AW_BUC_07d *Decision setting the date for the recovery or stabilization of injuries / concerning granting of a pension*.¹²⁵

ⓘ L'article 34.5 du règlement d'application crée une obligation pour l'entreprise d'assurances d'informer l'institution du lieu de résidence ou de séjour qui le demande de la décision fixant la date de guérison ou de stabilisation des lésions ainsi que, le cas échéant, de la décision relative à l'octroi d'une rente. Il convient d'y accorder l'attention nécessaire et de répondre en respectant le flux : répondre à un SED DA046 *Request for a decision* par un SED DA047 *Information about decision*. La notification de cette décision peut en effet avoir des conséquences pour la victime dans son pays de résidence.

¹²⁵ Article 34.5 du règlement (CE) n° 987/2009.

4 Soins délivrés dans un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention de sécurité sociale applicable dans le secteur des accidents du travail

La Belgique a conclu une convention avec une série de pays permettant ainsi d'exporter certains des droits sociaux belges à l'étranger. Certains accords bilatéraux de sécurité sociale prévoient aussi la prise en charge des prestations en nature nécessitées par un accident du travail.

Chaque convention bilatérale est différente mais fonctionne sur base du principe de la prise en charge des prestations par l'institution du lieu de séjour/résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, pour le compte de l'institution compétente. Cette prise en charge s'opère sur présentation par la victime d'un formulaire de type E123 rempli avant le départ par l'institution compétente (l'assureur-loi pour les accidents du travail¹²⁶).

Les conventions bilatérales sont, sauf exception, applicables uniquement aux ressortissants des pays contractants et certaines sont limitées au transfert de résidence (pas d'application, en principe, lors de séjours temporaires).

⚠ Un arrangement administratif détermine les modalités de l'échange d'informations entre les institutions compétentes dans le cadre des conventions bilatérales. La plupart du temps, on utilise des formulaires papier standardisés rédigés dans les langues nationales officielles des pays signataires. Dans le cadre des accidents du travail, les formulaires les plus importants sont :

- 123 : attestation de droit aux prestations en nature dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles
- 124 : notification du retrait du droit aux prestations en nature relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles
- 125 : relevé individuel des dépenses effectives¹²⁷

Ces formulaires spécifiques ne sont pas publics mais disponibles via FEDRIS.

Le site web www.coming2belgium.be contient des informations actualisées relatives aux accords bilatéraux conclus par la Belgique, ainsi que le texte intégral des différentes conventions.

Vous trouverez ci-dessous un tableau reprenant les conventions bilatérales conclues avec des États ou des entités fédérées comportant des modalités d'application pour l'octroi de prestations de sécurité sociale en matière d'accidents du travail.

¹²⁶ Attention : il s'agit uniquement des accidents qui entrent dans le champ d'application *ratione personae* de la LAT. Aucun formulaire E123 ne peut être délivré aux personnes reprises à titre complémentaire dans le cadre d'une assurance accidents du travail mais qui ne sont pas assujetties à l'ONSS (et ne ressortissent donc pas au champ d'application de la LAT ou de ses extensions). Ainsi, une entreprise d'assurances a délivré un formulaire DA1 à une personne employée selon un contrat de formation (indemnité d'1 € de l'heure pour formation auprès du CPAS). Par la suite, cette entreprise d'assurances a cependant refusé les frais médicaux récupérés de l'étranger car la personne en question ne ressortissait pas au champ d'application de la loi sur les accidents du travail.

¹²⁷ Ces formulaires sont actuellement traités par l'INAMI.

Pays	Convention	Entrée en vigueur	Arrangement administratif	Condition de nationalité ¹²⁸	Droit aux prestations en nature ¹²⁹
Albanie	09.12.2013	01.01.2016	25.09.2015	Non	Oui
Algérie	27.02.1968	25.10.1969	16.02.1970	Oui	Si lieu de résidence
Bosnie-Herzégovine	06.03.2006	01.06.2009	04.11.2008	Non	Oui
Israël	05.07.1971	01.05.1973	11.12.1978	Oui	Non (uniquement prestations en espèces)
Kosovo	01.11.1954 ¹³⁰	01.10.1956	01.06.1970	Oui	Oui
Maroc	24.06.1968 ¹³¹	01.08.1971	14.09.1972	Oui	Si lieu de résidence
Moldavie	12.09.2012	01.01.2016	20.05.2015	Non	Non (uniquement prestations en espèces)
Monténégro	09.06.2010	01.06.2014	24.05.2014	Non	Oui
Québec	28.03.2006	01.11.2010	18.09.2008	Pour la Belgique	Oui
Saint-Marin	22.04.1955	01.10.1956	25.07.1957	Oui	Oui
Serbie	15.07.2010	01.09.2014	10.04.2012	Non	Oui
Tunisie	28.03.2013 ¹³²	01.05.2017	25.10.2013	Oui	Oui
Turquie	04.07.1966 ¹³³	01.05.1968	06.01.1969	Oui ¹³⁴	Oui
ARY de Macédoine	12.02.2007	01.06.2009	19.03.2008	Non	Oui

¹²⁸ Certaines conventions sont applicables uniquement aux ressortissants des pays contractants.

¹²⁹ Certaines conventions limitent le droit aux prestations en nature aux cas où la personne concernée a transféré sa résidence d'un pays à l'autre.

¹³⁰ Modifié par la Convention portant révision de la Convention entre la Belgique et la Yougoslavie sur la sécurité sociale, M.B. 20.05.1970, entrée en vigueur le 01.06.1970.

¹³¹ Convention générale de sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc, 19.02.2014, pas encore entrée en vigueur.

¹³² La convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République tunisienne, 28.03.2013 est entrée en vigueur.

¹³³ La convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Turquie, 11.04.2014 n'est pas encore entrée en vigueur

¹³⁴ Selon l'article 1bis, § 1^{er}, a) de la Convention, les apatrides et les réfugiés reconnus par l'un des États contractants entrent aussi dans le champ d'application de ladite Convention.

5 Soins délivrés en dehors du territoire belge, sans application d'une norme de droit international : AR du 08.09.2015

5.1 PRINCIPES

Comme exposé au point 2.2.2. la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers prévoit un système assurant le remboursement des frais médicaux à l'étranger en EU. L'AR du 08.09.2015 règle même les cas où aucun règlement international n'est prévu (à savoir pour les accidents du travail hors de l'UE, l'EEE et la Suisse et en dehors du contexte de conventions bilatérales sur la sécurité sociale).

L'hypothèse de départ est la suivante :

- soit ni le règlement (CE) n° 883/2004, ni une convention bilatérale n'est applicable (pays non membre, condition de nationalité, frais non pris en charge selon la législation du pays concerné...);
- soit la victime aurait pu demander l'application du règlement 883/2004 ou d'une convention bilatérale, mais ne l'a pas fait¹³⁵. Par exemple : pas de demande d'autorisation de soins programmés, pas de nécessité médicale de prestations en nature lors du séjour au sens de l'art. 25 du règlement d'application.

Dans ces hypothèses, le droit belge est d'application.¹³⁶

En Belgique, la directive a été traduite par l'AR du 08.09.2015 modifiant divers arrêtés royaux en matière de soins de santé transversaux (entrée en vigueur : 11.10.2015). Les dispositions de cet AR s'appliquent donc aux accidents du travail transfrontaliers, *même en dehors du contexte du règlement n° 883/2004 et d'éventuels traités bilatéraux en matière de sécurité sociale.*

5.2 FRAIS MÉDICAUX

En ce qui concerne les **frais médicaux** transfrontaliers, l'article 1^{er}, alinéa 5, de l'arrêté royal du 17.10.2000¹³⁷ dispose que : « *Sans préjudice du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 'portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale' et des instruments internationaux en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé nécessités par un accident du travail, les frais pour soins médicaux supportés en dehors du territoire national sont remboursés si les soins médicaux en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit en Belgique. Ces frais sont remboursés à hauteur des coûts que l'entreprise d'assurances ou FEDRIS aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés en Belgique, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.* »¹³⁸

L'AR reprend le principe de la directive 2011/24/UE consistant à rembourser la prestation selon le tarif belge, limité aux soins de santé nécessités par l'accident et faisant partie des prestations

¹³⁵ En ce qui concerne la directive européenne, l'intention des institutions européennes est d'offrir aux patients deux possibilités en matière de soins transfrontaliers : a) des prestations en nature selon les règles de l'État membre où le patient est soigné conformément au règlement 883/2004 ou b) l'usage autonome des soins de santé et le remboursement des dépenses conformément à la nouvelle directive 2011/24/EU.

¹³⁶ Supra, point 2.1.

¹³⁷ AR du 17.10.2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux en matière d'accident du travail.

¹³⁸ Institué par l'AR du 08.09.2015.

auxquelles la personne a droit en Belgique.¹³⁹ L'entreprise d'assurances devra dès lors chercher, dans la nomenclature belge, à quelles prestations pourraient correspondre les soins exposés à l'étranger et rembourser, au minimum, le montant prévu pour ces prestations dans la nomenclature.

Les frais pour soins médicaux non repris dans la nomenclature des prestations de santé sont remboursés à concurrence de leur coût réel dans la mesure où ce coût est raisonnable par rapport au tarif pratiqué pour des prestations analogues reprises dans la nomenclature.¹⁴⁰ Cette opération risque d'être une source de contestations, eu égard à la complexité de la nomenclature des prestations de santé. Le remboursement de ces frais dépend de l'autorisation préalable de l'entreprise d'assurances. Cette autorisation est octroyée lorsque les soins médicaux sont nécessités des suites de l'accident du travail et que le prix est raisonnable.¹⁴¹

Le risque de perte financière pour la victime n'est toutefois pas négligeable, puisque le montant remboursé pourrait, dans certains cas, être nettement inférieur au montant payé sur place.

5.3 FRAIS PHARMACEUTIQUES

En matière de **frais pharmaceutiques**, le principe du remboursement intégral s'applique tant en Belgique que dans les cas transfrontaliers. L'article 2 de l'AR du 17.10.2000 dispose que, lorsque la victime a le libre choix du pharmacien, les produits pharmaceutiques nécessaires au traitement sont entièrement à la charge de l'entreprise d'assurances.¹⁴² Le remboursement s'effectue sur présentation d'une prescription médicale. S'il s'agit de préparations magistrales et spécialités pharmaceutiques qui ne donnent pas lieu à remboursement dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹⁴³ ou s'il s'agit de médicaments non enregistrés, le médecin traitant doit en motiver la nécessité.

Cependant, si les spécialités pharmaceutiques ne donnent pas lieu à remboursement dans le cadre de la législation AMI, le médecin doit en motiver la nécessité. Il faudrait donc examiner systématiquement, lorsque les médicaments ont été délivrés en-dehors de la Belgique, si l'équivalent du médicament délivré donnerait lieu à remboursement dans le cadre de la législation AMI, pour apprécier la nécessité d'une motivation de sa nécessité. Cette exigence risque de poser beaucoup de problèmes pratiques puisque, dans la majorité des cas, le médecin qui aura prescrit les médicaments sera lui-même établi dans un pays étranger.

Sur la facture acquittée du fournisseur étranger doivent apparaître les mentions et indications permettant d'identifier la spécialité et le conditionnement dont il s'agit.

Conformément à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, les prestations de santé, comme l'achat de médicaments, fournies dans d'autres États membres aux assurés soumis à la législation belge (sans distinction de nationalité) doivent pouvoir être remboursées aux tarifs de l'assurance maladie belge pour autant qu'il soit satisfait aux modalités de remboursement légales requises, notamment. Puisque la législation belge interdit la vente en ligne de médicaments soumis à

¹³⁹ Supra, point 2.2.2.

¹⁴⁰ Article 1^{er}, alinéas 3 et 4 de l'AR du 17.10.2000

¹⁴¹ Article 1^{er}, alinéa 5 de l'AR du 17.10.2000.

¹⁴² Par produits pharmaceutiques, on entend les substances ou compositions visées à l'article 1^{er} §1^{er}, 1)a) de la loi du 25.03.1964 sur les médicaments.

¹⁴³ Loi du 25.03.1963 sur les médicaments. Ci-après : « loi AMI ».

prescription¹⁴⁴, aucune intervention ne peut dès lors être accordée dans les coûts inhérents à l'achat de médicaments soumis à prescription sur Internet.

5.4 FRAIS HOSPITALIERS/D'HOSPITALISATION

En ce qui concerne les **frais d'hospitalisation** transfrontaliers, l'article 3 de l'arrêté royal du 17.10.2000 dispose que : « *Sans préjudice du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 'portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale' et des instruments internationaux en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé nécessités par un accident du travail, les frais d'hospitalisation supportés en dehors du territoire national sont remboursés s'ils font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit en Belgique. Ces frais sont remboursés sur la base du prix de la journée d'entretien visé à l'article 1^{er}, § 2, de l'arrêté ministériel du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, le remboursement ne pouvant excéder le coût réel des soins de santé reçus.* »¹⁴⁵

Le principe, conformément à la directive 2011/14/UE, est le remboursement de la prestation au tarif belge. Dans ce cadre, on se réfère à l'article 1^{er} § 2 de l'arrêté ministériel du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger (462,53 € en 2015 et 461,82 € en 2016). Le remboursement est cependant toujours limité aux soins de santé nécessités par l'accident et faisant partie des prestations auxquelles la personne a droit en Belgique (ce qui exclut tout type de supplément, par exemple pour une chambre particulière ou des frais divers).

5.5 PROTHÈSE

En matière de prothèses, il convient de distinguer 2 conditions :

- À quel prestataire de soins la victime peut-elle s'adresser ?
- Quel montant sera remboursé par l'entreprise d'assurances?

L'article 35^{ter}¹⁴⁶ et l'article 63¹⁴⁷ de l'AR du 21.12.1971¹⁴⁸ disposent que :

- « Seuls les orthopédistes et les centres médicaux reconnus par FEDRIS peuvent être chargés de l'entretien ou du renouvellement des appareils. »¹⁴⁹ ;
- « La victime peut s'adresser à un dispensateur légalement établi dans un pays de l'Espace économique européen selon les dispositions légales et réglementaires de ce pays. »¹⁵⁰ ; et
- « Sans préjudice du règlement (CE) n° 883/2004, les frais d'entretien ou de renouvellement de prothèses délivrés sur le territoire d'un pays de l'Espace économique européen, sont

¹⁴⁴ Article 3, dernier alinéa de la loi AMI, institué par la loi du 01.05.2006.

¹⁴⁵ Institué par l'AR du 08.09.2015.

¹⁴⁶ Entretien et renouvellement de l'appareil de prothèse ou d'orthopédie à la charge de l'entreprise d'assurances.

¹⁴⁷ Entretien et renouvellement de l'appareil de prothèse ou d'orthopédie à la charge de FEDRIS, secteur AT.

¹⁴⁸ AR du 21.12.1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail.

¹⁴⁹ Article 35^{ter}, alinéa 4 et article 63, alinéa 4 de l'AR du 21.12.1971.

¹⁵⁰ Article 35^{ter}, alinéa 6 et article 63, alinéa 5 de l'AR du 21.12.1971.

remboursés si les frais en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit en Belgique. »¹⁵¹.

Sur la base de ces dispositions, les frais d'entretien ou de renouvellement de prothèse sont remboursés intégralement (sauf prothèses dentaires), qu'ils soient délivrés en Belgique, dans l'UE ou dans l'EEE. Seules les prothèses délivrées par un prothésiste établi en Europe peuvent être remboursées.

Ces dispositions ne règlent cependant pas les problèmes liés à la fourniture de prothèses partout ailleurs dans le monde. Par ailleurs, de nombreuses fournitures d'appareils de prothèses sont effectuées par des prestataires qui ne sont pas visés par la reconnaissance de FEDRIS (audiciens, opticiens, dentistes...). Il peut également s'agir de fournitures qui ne concernent pas des prestations de santé (adaptations de véhicules, aménagements de nature immobilière comme un monolift ou un ascenseur d'escaliers, aides à la communication...). Il ressort des dispositions des articles 35*ter* et 63 de l'AR du 21.12.1971 que ces prothèses ou fournitures ne pourraient pas faire l'objet d'un remboursement. La victime ayant malgré tout droit à la prise en charge de ses frais de prothèse en application de l'article 28 de la loi, elle devra, si elle réside à l'étranger, se déplacer auprès d'un prothésiste reconnu par FEDRIS en UE ou dans l'EEE et solliciter la prise en charge de ses frais de déplacement.

Le comité de gestion examine la question.

Administrateur général

Pierre Pots

Annexe

Cadre administratif : échange d'informations de sécurité sociale entre les différents États membres de l'UE (EESSI)

¹⁵¹ Article 35*ter*, alinéa 7 et article 63, alinéa 6 de l'AR du 21.12.1971.



ANNEXE À LA CIRCULAIRE N° 2018/3

Cadre administratif : échange d'informations de sécurité sociale entre les différents États membres de l'UE (EESSI)

Les règlements européens n° 883/2004 et 987/2009 prévoient des procédures détaillées pour l'échange d'informations relatives aux dossiers de sécurité sociale transfrontaliers. Pour les accidents du travail *qui entrent dans le champ d'application du règlement de base*, l'échange d'informations doit dès lors s'opérer conformément aux procédures et grâce au système électronique prévus à cet effet.

LA COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS

L'article 76 du règlement de base dispose que « *les institutions et les personnes couvertes par le présent règlement sont tenues à une obligation mutuelle d'information et de coopération pour assurer la bonne application du présent règlement* ». ¹

Et de préciser que « *les institutions communiquent ou échangent dans les meilleurs délais toutes les données nécessaires à l'établissement et à la détermination des droits et des obligations des personnes auxquelles s'applique le règlement de base. Ces données sont transmises entre les États membres soit directement par les institutions elles-mêmes, soit par l'intermédiaire des organismes de liaison* ». ²

Les règlements répartissent en diverses catégories les différentes autorités susceptibles d'intervenir dans le traitement d'un dossier transfrontalier : l'organisme de liaison, l'institution compétente, l'institution du lieu de résidence et l'institution du lieu de séjour.

L'**organisme de liaison** désigne toute instance chargée d'une ou plusieurs branches de la sécurité sociale qui peut répondre aux demandes d'informations ou d'assistance concernant l'application des règlements et exécuter les tâches relatives aux dispositions financières du règlement d'application ^{3,4}. Pour la Belgique, c'est le **FEDRIS** qui est l'organisme de liaison en matière d'accidents du travail. ⁵

L'**institution compétente** est :

- a) « *l'institution à laquelle l'intéressé est affilié au moment de la demande de prestations ; ou*
- b) *l'institution de la part de laquelle l'intéressé a droit ou aurait droit à des prestations s'il résidait ou si le ou les membres de sa famille résidaient dans l'État membre où se trouve cette institution ; ou*

¹ Article 76.4 du règlement (CE) n° 883/2004.

² Article 76, § 2 du règlement (CE) n° 987/2009.

³ Notamment récupérations et indemnisation mutuelles entre institutions.

⁴ Article 1^{er}, b) du règlement (CE) n° 987/2009.

⁵ Actuellement, l'INAMI fait office d'organisme de liaison concernant les dispositions financières du titre IV du règlement d'application, comme le prévoit l'Annexe 2, point 1, b) du Règlement (CEE) n° 574/72.

- c) *l'institution désignée par l'autorité compétente de l'État membre concerné ; ou*
- d) *s'il s'agit d'un régime relatif aux obligations de l'employeur concernant les prestations visées à l'article 3, paragraphe 1^{er}, soit l'employeur ou l'assureur subrogé, soit, à défaut, l'organisme ou l'autorité désigné(e) par l'autorité compétente de l'État membre concerné. »⁶*

En Belgique, les institutions compétentes en matière d'accidents du travail sont les **assureurs-lois** et, en seconde instance, **FEDRIS, secteur AT** (au sens du point d)) pour ce qui concerne tant le paiement des indemnités que l'indemnisation des prestations en nature.

L'institution du lieu de résidence et l'institution du lieu de séjour « désignent respectivement l'institution habilitée à servir les prestations au lieu où réside l'intéressé et l'institution habilitée à servir les prestations au lieu où séjourne l'intéressé, selon la législation que cette institution applique [...] ».⁷

En Belgique, pour les indemnités d'accidents du travail (prestations en espèces), aucune institution n'a été désignée comme institution du lieu de résidence ou de séjour, ces prestations devant, en principe, être servies directement par l'institution étrangère compétente. Pour les prestations en nature, ce sont les organismes assureurs (mutuelles) qui sont institutions du lieu de résidence et l'INAMI - *via* les **mutuelles** - qui est l'institution du lieu de séjour.

EESSI : ELECTRONIC EXCHANGE OF SOCIAL SECURITY INFORMATION

Pour que les citoyens européens puissent exercer leur droit à la libre circulation tout en préservant leurs droits sociaux, on a développé, conformément au règlement (CE) n° 1408/71, un système d'échange d'informations dans le cadre duquel tous les États membres échangent des formulaires papier identiques (traduits dans toutes les langues de l'Union). Les victimes d'un accident du travail qui se déplaçaient en Europe recevaient de l'institution compétente un formulaire E123, qui leur donnait le droit de bénéficier à l'étranger des soins médicaux nécessités par leur accident du travail. Les demandes de remboursement entre institutions s'opéraient à l'aide du formulaire E125. Le système n'était pas optimal mais relativement simple, du moins dans le secteur des risques professionnels.

En 2004, le règlement de base (CE) n° 883/2004 mentionnait l'intention d'utiliser « *les nouvelles technologies pour l'échange, l'accès et le traitement des données requises pour l'application du présent règlement et du règlement d'application* »⁸.

Le règlement d'application dispose que « *la transmission de données entre les institutions ou les organismes de liaison s'effectue par voie électronique, soit directement, soit par l'intermédiaire des points de contact, dans un cadre sécurisé commun capable de garantir la confidentialité et la protection des échanges de données* »⁹.

⁶ Article 1^{er}, q) du règlement (CE) n° 883/2004.

⁷ Article 1^{er}, r) du règlement (CE) n° 883/2004.

⁸ Article 78 du règlement (CE) n° 883/2004.

⁹ Article 4.2 du règlement (CE) n° 987/2009.

❗ Le projet BelEESSI est coordonné par le SPF Sécurité sociale et la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale. Actuellement, l'objectif est que le système soit opérationnel dans toute l'UE en juillet 2019.

Pour le secteur des accidents du travail, l'accès au système EESSI s'opérera via la plateforme RINA développée par la Commission européenne. Elle sera intégrée au portail socialsecurity.be.

Des formulaires papier aux flux électroniques

En vue des échanges électroniques, les anciens formulaires E¹¹ ont été remplacés par 2 types de documents électroniques structurés : les *portable documents* (PD) et les *Structured Electronic Documents* (SED).¹²

Les *portable documents* sont les documents délivrés aux bénéficiaires. Le document portable le plus connu est la carte européenne d'assurance maladie.

Les *SED* sont les documents (les anciens formulaires E) qui seront échangés entre institutions via le système EESSI. Les documents seront envoyés par l'EESSI au bon destinataire dans un autre pays de l'UE (institution compétente ou institution du lieu de résidence ou de séjour). Le personnel des institutions nationales de sécurité sociale rechercheront le bon destinataire dans la base de données publique des institutions européennes de sécurité sociale (Master Directory of services, *infra*).

Les SED ont été rédigés par des groupes *ad hoc* d'experts envoyés par les institutions de sécurité sociale des États membres. Ils ont été à chaque phase soumis à tous les États membres, puis approuvés par la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CACSSS).

Dans l'attente du lancement du système électronique, les SED sont imprimés¹³, complétés et signés. L'institution qui complète le SED doit suivre à cet effet les *guidelines* rédigées par la Commission administrative.

❗ Les SED sont actuellement uniquement disponibles sur une plateforme spécifique de la Commission européenne pour laquelle un accès doit être demandé. Les SED ne sont donc pas publiquement disponibles, mais les IPSS peuvent les mettre à disposition de leur réseau secondaire.

Actuellement, la plateforme met à disposition les versions 3.1 et 3.2 des SED par secteur. Les 2 versions peuvent être utilisées pendant la période transitoire.¹⁴

Il convient d'être attentif aux traductions (FR et NL) de la version 3.2 : elles peuvent encore contenir des erreurs linguistiques vu que la version traduite n'a pas été relue en détail. Et ce, car la version 3.2 ne sera normalement pas utilisée longtemps et devrait rapidement être remplacée par la version électronique 4. La version électronique 4.0.17 est à présent disponible pour la future version électronique.

modalités pratiques concernant la période transitoire aux fins de l'échange de données par voie électronique visé à l'article 4 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, JOUE 24.04.2010).

¹¹ Dans le cadre des conventions bilatérales (pays hors UE), les formulaires E sont maintenus.

¹² Conformément à la pratique administrative en Belgique, la présente note utilise les termes anglais. Dans la littérature européenne, on retrouve toutefois aussi les termes « document électronique structuré » et « document portable ».

¹³ Décision E1 de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale du 12.06.2009 établissant les modalités pratiques concernant la période transitoire aux fins de l'échange de données par voie électronique visé à l'article 4 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil.

¹⁴ Décision E1 du 12.06.2009 établissant les modalités pratiques concernant la période transitoire aux fins de l'échange de données par voie électronique visé à l'article 4 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, JOUE 24.04.2010.

Les PD et SED sont désignés par l'acronyme anglais du secteur auquel ils se rattachent (DA = disease and accidents at work, S = sickness, H = horizontal...) et par une série de chiffres.

- Le document portable pour le droit aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est le formulaire DA1. Il est délivré par l'institution compétente.¹⁵ Il octroie à la victime le droit à des prestations (indemnisées par l'institution du lieu de résidence ou de séjour - pour le compte de l'institution compétente) dans l'État membre de résidence ou de séjour.
- Les SED applicables au secteur des accidents du travail et des maladies professionnelles sont les SED DA001 à DA074. Ils sont utilisés pour demander des documents ou des informations (ex. tarifs, créances, copies de décisions...). Les SED sont échangés par le biais des flux (*business use cases*) AW_BUC_01 à AW_BUC_23. Un flux peut contenir un seul SED (il s'agit d'une notification) ou une succession de SED (il y a dans ce cas un échange d'informations). Un même SED peut être utilisé dans plusieurs flux différents.
En principe, une institution de sécurité sociale compétente dans le secteur des accidents du travail ne peut pas utiliser les SED d'un autre secteur. Lorsque le système électronique sera opérationnel, l'envoi d'un SED « hors secteur » ne devrait pas être techniquement possible.
- Les SED « horizontaux » constituent une exception à ce principe. Il s'agit de SED pouvant être utilisés dans tous les secteurs de la sécurité sociale. Il s'agit par ex. des SED pour la notification d'un décès, pour l'envoi du dossier à une autre institution de sécurité sociale ou pour l'échange *ad hoc* d'informations.

On peut comparer un SED à un volet d'un ancien formulaire E, le formulaire dans son entièreté correspondant plutôt à un flux (un processus complet d'échange de données).

Exemple :

Le flux AW_BUC_01a (certification right benefits in kind) est composé des SED DA001 (request for certification of the right to benefits in kind, envoyé par l'institution du lieu de séjour ou de résidence à l'institution compétente) et DA002 (certification of the right to benefits in kind, réponse de l'institution compétente à l'institution du lieu de séjour ou de résidence). Cet échange correspond à l'ancien formulaire E123.

MASTER DIRECTORY OF SERVICES

Le personnel des institutions de sécurité sociale responsable de l'échange des documents portables et des SED peuvent rechercher le bon destinataire dans une base de données des institutions européennes de sécurité sociale : le « Master Directory of services ». ¹⁶ Ce répertoire est consultable par le public sur le site internet <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1028&langId=fr>.

Il permet l'identification, dans chaque État membre et pour chaque secteur, des différentes institutions susceptibles d'intervenir (institution du lieu de résidence, du lieu de séjour, institution compétente, organisme de liaison). Il contient également des données de contact. ¹⁷

¹⁵ L'institution compétente pour les accidents du travail du secteur privé belge est l'entreprise d'assurances ou Fedris lorsqu'il intervient comme assureur.

¹⁶ Article 88 du règlement d'application n° 987/2009.

¹⁷ Le contenu de la base de données est fixé par l'annexe IV du règlement d'application n° 987/2009.

Il faut cependant constater que ce Master Directory présente des lacunes :

- Chaque institution doit y figurer nommément. Il n'est plus question d'indiquer « les entreprises d'assurances agréées pour les accidents du travail ». Cela augmente le risque de consulter des données incorrectes ou incomplètes et entraîne parfois une très longue liste de résultats. L'intérêt de la fonction de liaison des organismes de liaison s'en trouve dès lors également renforcé. En cas de doute, ils doivent intervenir pour déterminer le bon destinataire d'un flux donné ;
- Le Master Directory ne fait pas l'objet d'une publication au Journal officiel ;
- La procédure de modification est relativement lente (on distingue les modifications essentielles et non essentielles) et doit se faire en 2 phases (une phase administrative par la Commission administrative) et une phase technique par les access points ; en Belgique, c'est la BCSS) ;
- La recherche basée sur la fonction « browse » (parcourir) n'est possible que dans la langue désignée comme « langue 1 » par l'État membre. L'État belge ayant désigné le néerlandais comme « langue 1 », l'utilisateur n'a accès qu'à la dénomination néerlandophone des organismes belges.

① Dans le Master Directory, chaque organisme s'est également vu attribuer un « numéro ID ». Ce code est essentiel pour compléter et envoyer les SED et les flux - sans « numéro ID » valable, il est impossible d'utiliser l'EESSI. Il est dès lors capital que les modifications relatives au nom, à la forme juridique, à l'adresse ou aux données de contact soient transmises à temps (via Fedris).

Ce Master Directory est en voie d'abandon au profit d'un INSTITUTION REPOSITORY (IR), en cours de constitution, répondant à la fois au besoin d'information générale du public et du routing des flux électroniques prévu par EESSI. Il reprendra les mêmes codes d'identification que les codes actuels du Master Directory. Les informations reprises à l'IR (rôles des entreprises d'assurance dans les différents BUCs) le sont sur base des informations fournies par Fedris en coordination avec le spf Sécurité sociale, notamment au niveau de l'analyse des BUCs en cours actuellement.

Les codes des organismes belges compétents sont les suivants :

AG	404494849
Allianz	403258197
AXA	404483367
Baloise	400048883
Belfius	405764064
Ethias	404484654
Fédérale Assurance	407963786
Fidea	406006069
FEDRIS	2067343181
Generali	403262553
KBC	403552563
P&V Assurances SCRL	402236531
Securex	400037896

DA1



Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce document est destiné aux assurés qui se déplacent, résident ou séjournent dans un État membre de l'UE autre que celui dans lequel ils sont assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP). Vous devez présenter ce document à l'organisme d'assurance maladie ou d'assurance AT/MP de l'État de résidence ou de séjour pour pouvoir bénéficier des prestations de soins de santé nécessaires.

Vous pouvez éventuellement avoir droit à un remboursement complémentaire en fonction des taux de remboursement nationaux du lieu de séjour.

Contactez votre institution d'assurance maladie pour plus d'informations à ce sujet. Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent

1.2 Nom

1.3 Prénoms

1.4 Nom de naissance (**)

1.5 Date de naissance

1.6 Situation

1.6.1 Travailleur salarié

1.6.2 Travailleur non salarié

1.6.3 Chômeur

1.7 Adresse dans l'État de résidence/de séjour

1.7.1 Rue, n°

Code postal

1.7.2 Ville

1.7.4 Code du pays **UK**

2. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE PRESTATIONS EN NATURE

2.1.1 pour accident de travail

2.1.2 pour maladie professionnelle

2.2 Durée prévue des soins

2.2.1 durée fixée par les dispositions de la législation de l'État de sa résidence

2.2.2 date de début

date de fin

2.2.3 pendant trois mois maximum

2.2.4 pour une durée illimitée

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, article 36, et (CE) n° 987/2009, article 33.

(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

DA1



**Droits aux prestations en nature
au titre de l'assurance contre les accidents
du travail et les maladies professionnelles**

3. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE SOINS DE SANTÉ DU FAIT DE

- 3.1 l'accident du travail survenu **3.1.1 le (date)**
3.1.2 qui a entraîné les conséquences suivantes
- 3.2 la maladie professionnelle qui a été constatée **3.2.1 le (date)**
3.2.2 qui a entraîné les conséquences suivantes
- 3.3 L'autorisation accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice de soins
en nature en/au(x)/à **UK** **3.3.2 pour y aller** **3.3.3 pour y aller** **3.3.4 pour y aller** **3.3.5 pour y aller**
 3.3.1 pour y établir sa résidence 3.3.2 pour y aller 3.3.3 pour y aller 3.3.4 pour y aller 3.3.5 pour y aller

4. LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN-CONSEIL

- 4.1 est joint sous pli fermé 4.2 ne peut être obtenu sur demande
- 4.3 a été envoyé **4.3.1 le** **4.3.2 à**
- 4.4 n'a pas été établi

5. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

- 5.1 Nom
- 5.2 Rue, n°
- 5.3 Ville
- 5.4 Code postal **5.5 Code du pays UK**
- 5.6 N° d'identification (numéro de dossier)
- 5.7 N° de télécopie (bureau)
- 5.8 N° de téléphone (bureau)
- 5.9 Adresse électronique
- 5.10 Date
- 5.11 Signature

CACHET