

## **Fiche n°3 : Certification du droit à pouvoir bénéficier de soins programmés au régime spécifique AT : l'accident a déjà fait l'objet d'une décision de prise en charge**

---

*Cette fiche se limite à l'ouverture ou non d'un droit à un assuré social à pouvoir bénéficier de prestations en nature particulières du régime accident du travail dans l'état membre dans lequel il réside ou séjourne.*

*L'indemnisation fait l'objet d'autres fiches.*

### **A. Soins programmés : l'assuré social réside dans un autre état membre que l'état membre compétent.**

*Définition : l'assureur est l'institution compétente pour les Accidents du travail dans les échanges de données concernant l'application des règlements de coordination européens 883/2004 et 987/2009.*

#### **I. Conditions**

- L'accident du travail a déjà fait l'objet d'une décision de prise en charge ;
- L'assuré social réside dans un autre état membre de l'Espace Economique Européen ;
- L'assuré social souhaite se faire soigner pour les séquelles de son accident du travail dans un autre état membre de l'E.E.E. que l'Etat membre dans lequel il réside et que l'Etat membre compétent.

#### **II. Généralités**

##### **1. Les BUC nécessitant une réponse :**

**ATTENTION : l'assureur a toujours l'obligation de réponse lorsqu'il est sollicité.**

- ❖ AW\_BUC\_04a « Demande d'autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et que l'Etat membre de résidence ».

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_04a :

**DA006** Transmission d'une demande d'autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et que l'Etat membre de résidence.

Ce SED DA006 est émis par la caisse de sécurité sociale dans le pays de résidence.

**DA007** Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et l'Etat membre de résidence

Ce Sed DA007 est émis par l'assureur en réponse au SED DA006.

❖ AW\_BUC\_04b « Informations sur la nécessité de compléter des soins programmés »

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_04b :

**DA008** Information concernant un complément médicalement nécessaire aux soins programmés autorisés

Ce SED DA008 est émis par la caisse de sécurité sociale dans le pays de **SEJOUR** (pays où les soins programmés sont dispensés)

**DA007** Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence

Ce SED DA007 est émis par l'assureur en réponse au SED DA008.

❖ AW\_BUC\_04c « Informations concernant l'octroi d'une autorisation à recevoir d'urgence des soins programmés à caractère vital par l'institution de l'État membre de résidence pour le compte de l'institution compétente »

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_04c :

**DA009** Informations concernant l'octroi d'une autorisation à recevoir d'urgence des soins programmés à caractère vital par l'institution de l'État membre de résidence pour le compte de l'institution compétente

Ce SED DA009 est émis par la caisse de sécurité sociale dans le pays de **RÉSIDENT** (ce n'est pas le pays où les soins sont dispensés)

### III. La notion de soins programmés dans un contexte de résidence dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent.

Le terme "résidence" désigne le lieu où une personne réside habituellement.

Dans le cadre des Règlements européens, cette notion de résidence suppose qu'une personne a élu officiellement son domicile dans un autre état membre que l'état membre compétent. Cette notion est importante étant donné que le contexte de résidence subordonne le droit ouvert par une branche de sécurité sociale nationale pour des prestations en nature aux dispositions réglementaires du pays de résidence. En d'autres termes, lorsqu'un droit est ouvert par un assureur, celui-ci se limite à sa reconnaissance. L'assuré social bénéficiera des prestations particulières en nature pour l'accident du travail reconnu aux conditions réglementaires strictes du pays où il réside.

Le terme « soins programmés » désigne des soins que l'assuré social aimerait se voir prodiguer dans un autre Etat membre que l'Etat membre de résidence ou l'Etat membre compétent.

En cas d'ouverture de droits de l'assureur, l'assuré social peut se rendre temporairement dans un autre Etat membre en vue de se faire prodiguer des soins pour lesquels il a reçu un accord. Dans

cet Etat membre, l'assuré social se trouve dans un contexte de séjour et le remboursement des prestations se fera en fonction.

Concrètement, si l'assuré social :

- fait usage de son formulaire DA1 dans l'Etat membre de séjour, le remboursement des prestations se fera par l'intermédiaire des organismes de liaison dans le cadre du AW\_BUC\_05 « demande de remboursement d'une prestation en nature ».

**Si malgré l'utilisation de son formulaire DA1, l'assuré social se voit facturé une partie du coût des prestations, celui-ci peut demander une intervention complémentaire à l'assureur (Article 26 §7 Règlement CE 987/2009).**

- ✚ NE FAIT PAS usage de son formulaire DA1 dans l'Etat membre de séjour et paie intégralement le coût des prestations, il peut en demander directement le remboursement à l'assureur qui devra demander une tarification dans l'Etat membre de séjour en initiant le AW\_BUC\_03 « Etablissement du taux de remboursement ».

#### **IV. L'article 36 du Règlement de base 883/2004 pour la coordination des systèmes de sécurité sociale et le rôle de l'institution du lieu de résidence.**

*L'article 36 du Règlement CE 883/2004 renvoie notamment à l'article 20 §1<sup>er</sup> dudit Règlement :*

*« À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, 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 ».*

*L'article 36 §2 du Règlement CE 883/2004 complète l'article 20 §1<sup>er</sup> précédemment énoncé :*

*« 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. »*

En d'autres termes, l'assureur ne peut en aucun cas refuser de donner une autorisation de soins programmés lorsque, **sur son lieu de résidence (Belgique ou Etat membre de l'E.E.E.)**, l'assuré social ne peut pas bénéficier du traitement en lien causal avec les séquelles de son AT dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

Afin que l'assureur puisse prendre une décision conforme au §2bis de l'article 36 dans le cas où l'assuré social réside dans un autre Etat membre de l'E.E.E., celui-ci doit avoir le concours de l'institution du lieu de résidence qui doit obligatoirement analyser la demande de l'assuré social avant de la transmettre en précisant si les soins peuvent ou ne peuvent pas être dispensés dans un délai acceptable sur son territoire.

## La procédure administrative

Pour rappel, la procédure d'autorisation pour les soins programmés est basée sur l'article 20 du Règlement de base (CE) 883/2004 et sur l'article 26 du Règlement d'application (CE) 987/2009 qui font référence au secteur maladie. Afin de pouvoir rendre applicable ces articles au secteur des risques professionnels, des articles spécifiques ont été ajoutés.

*Pour savoir comment lire les articles des Règlements pour les rendre applicables au secteur des AT dans un contexte de soins programmés, veuillezvous référer à la page 18, section « 3.2.4. Soins programmés » de la Circulaire 2018/3 Indemnisation des victimes d'accidents du travail (dans le secteur privé) dans un contexte transfrontalier.*

### Exemple pratique :

« Madame Y » a été victime en date du 25/07/2010 d'un accident du travail qui a été reconnu et pour lequel elle a été indemnisée par l'assureur-loi. De cet accident il persiste des séquelles qui nécessitent la prise régulière de prestations pharmaceutiques et la dispense de soins médicaux divers. « Madame Y » est partie résidée en France au début de l'année 2019 et a couramment des soins en lien avec son accident du travail pour lesquels elle fait intervenir la caisse de sécurité sociale locale sur base de son formulaire portable DA1 délivré par son assureur.

Les séquelles de « Madame Y » se dégradent ; celle-ci doit maintenant se faire opérer et souhaite que cette intervention se passe en Allemagne.

**1<sup>er</sup> scénario : « Madame Y » contacte sa caisse de sécurité sociale française pour connaître les démarches à entreprendre pour pouvoir aller se faire soigner en Allemagne. La caisse de sécurité sociale française transmet la demande à l'assureur via le AW\_BUC\_04a.**

Rappelons que « Madame Y » est dans un contexte de résidence et qu'il est dès lors normal qu'elle contacte d'abord sa caisse de sécurité sociale locale pour avoir un accord lui permettant d'aller se faire soigner en Allemagne. Cependant, sa caisse de sécurité sociale locale n'a pas la faculté de lui ouvrir ce droit étant donné que « Madame Y » ne ressort pas de sa législation accidents du travail. Dès lors, la caisse de sécurité sociale locale doit réceptionner et analyser la demande avant de la transmettre à l'assureur compétent qui est le seul à pouvoir émettre une autorisation d'ouverture de droits à « Madame Y ».

Dans ce scénario, l'institution du lieu de résidence a réceptionné la demande de l'assuré social et l'a analysée avant de l'avoir transmise à l'assureur compétent en initiant le AW\_BUC\_04a et en envoyant dans RINA le SED DA006 « Transmission d'une demande d'autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et que l'Etat membre de résidence ».

**A la réception du SED DA006, l'assureur doit analyser la demande sous 3 angles :**

- Est-ce que les soins qui font l'objet de la demande sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail ?

- Est-ce que les soins qui font l'objet de la demande peuvent ou ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical (information obligatoire fournie par l'institution du lieu de résidence) ?

- Est-ce que les soins qui font l'objet de la demande peuvent être dispensés sur le territoire belge dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé et de l'évolution probable de la maladie de l'assuré social ?

*1. Les soins peuvent être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical **ET les soins sont en lien causal** avec les séquelles de l'accident du travail.*

**ATTENTION :**

- *En application de l'article 26 §2 5<sup>ème</sup> phrase l'assureur a l'obligation de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, à défaut de quoi les soins seront réputés acceptés.*
- *En application de l'article 26 §4, l'assureur garde la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour ou de résidence.*

Dans ces conditions l'assureur peut :

- refuser de donner l'autorisation de soins programmés
- inviter l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique

**a. Refuser de donner l'autorisation de soins programmés**

***Attention :***

*-le même traitement n'est pas dispensable en Belgique dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de l'état de santé de la personne concernée.*

En cas de refus strict de donner une autorisation de soins programmés, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA006 en envoyant dans RINA un SED **DA007** « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et l'Etat membre de résidence » **négatif en précisant que l'autorisation est refusée au motif que les soins peuvent être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical dans l'Etat membre de résidence.**
- ✓ Envoyer un courrier à l'assuré social en indiquant la raison qui justifie le refus de donner l'autorisation de soins programmés et donc le refus de délivrance du formulaire portable DA1. Dans ce courrier doit également être précisé que si l'assuré social décide tout de même d'aller se faire soigner sans autorisation, l'intégralité du coût des prestations restera à sa charge.

OU

**b.Refuser de donner l'autorisation de soins programmés - cas particulier-  
possibilité d'inviter l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique**

**ATTENTION :**

*Pour inviter l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique, la prestation faisant l'objet de la demande de soins programmés doit :*

- *être une prestation effectivement dispensable en Belgique (= même traitement !) ; et*
- *être dispensable 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.*

**Dès lors, l'avis du médecin-conseil de l'assureur est une précondition à toute invitation éventuelle.**

Inviter l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique signifie que l'assureur refuse de délivrer une autorisation de soins programmés. L'assureur doit donc :

Répondre au SED DA006 en envoyant dans RINA un SED **DA007** « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence » **négatif en précisant que l'autorisation est refusée au motif que les soins peuvent être dispensés sur son territoire.**

- ✓ Envoyer un courrier à l'assuré social en indiquant :
  - qu'il ne lui délivrera pas de formulaire DA1 pour qu'il aille se faire soigner dans un Etat membre tiers dans le cadre de soins programmés étant donné que les soins peuvent être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical sur le territoire de son lieu de résidence ;
  - qu'il lui est loisible, s'il le désire, de venir se faire soigner en Belgique, car le même traitement y est disponible dans un délai acceptable sur le plan médical ;
  - que si il décide tout de même d'aller se faire soigner sans autorisation, l'intégralité du coût des prestations restera à sa charge.

**ATTENTION :**

Si l'assureur invite l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique, celui-ci devra intervenir dans les frais de transport et de séjour de l'assuré social et éventuellement de la personne qui l'accompagne (si l'accompagnement est nécessaire médicalement) conformément au §8 de l'article 26 du Règlement CE 987/2009. Ce paragraphe renvoie à la législation de l'Etat membre compétent pour ce qui concerne le montant de l'intervention.

- 2. Les soins peuvent être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical ET les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.**

**ATTENTION :**

- *En application de l'article 26 §2 5<sup>ème</sup> phrase l'assureur a l'obligation de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, à défaut de quoi les soins seront réputés acceptés.*
- *En application de l'article 26 §4, l'assureur garde la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour ou de résidence.*

Dans ces conditions, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA006 en envoyant dans RINA un SED **DA007** « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence » **négatif** au motif que les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail
- ✓ Envoyer un courrier à l'assuré social en indiquant qu'il ne lui délivrera pas de formulaire DA1 pour qu'il aille se faire soigner dans un Etat membre tiers dans le cadre de soins programmés étant donné que les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail

***3. Les soins ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical **ET les soins sont en lien causal** avec les séquelles de l'accident du travail.***

**ATTENTION :**

- *En application de l'article 26 §2 5<sup>ème</sup> phrase l'assureur a l'obligation de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, à défaut de quoi les soins seront réputés acceptés.*
- *En application de l'article 26 §4, l'assureur garde la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour ou de résidence.*
- *Dans ce cas précis l'assureur doit délivrer une autorisation de soins programmés et ne peut pas inviter l'assuré social à venir se faire soigner en Belgique et ce conformément à l'article 26 §2 3<sup>ème</sup> phrase du Règlement d'application CE 987/2009.*

Etant donné que les soins ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical, l'assureur ne peut en aucun cas refuser de délivrer une autorisation de soins programmés dès lors que les soins sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.

En conséquence, dans ce cas de figure, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA006 en envoyant dans RINA un SED **DA007** « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence » **positif.** (
- ✓ Adresser un formulaire DA1 à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport

médical en pièce-jointe). De plus, les cases 3.3 et 3.3.2. doivent être cochées et le détail des prestations faisant l'objet des soins programmés doit être indiqué. Par facilité un rapport médical peut être annexé au formulaire.

- ✓ Initier le AW\_BUC\_01b en émettant dans RINA le SED DA002 « Attestation de droit aux prestations en nature » **positif** à l'attention de l'institution du lieu de séjour où les soins programmés seront dispensés. *Tout comme dans le formulaire portable DA1, il est indispensable d'indiquer toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP s'il est déjà connu, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe) et de préciser que l'assuré social se rend dans le pays dans le cadre de soins programmés en faisant le détail des soins acceptés. Une annexe peut éventuellement être jointe*

**ATTENTION :**

En autorisant les soins programmés, l'assureur devra intervenir dans les frais de transport et de séjour de l'assuré social, et éventuellement de la personne qui l'accompagne (si l'accompagnement est nécessaire médicalement), conformément au §8 de l'article 26 du Règlement CE 987/2009. Ce paragraphe renvoie à la législation de l'Etat membre compétent pour ce qui concerne le montant de l'intervention.

**4. Les soins ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical ET les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail**

**ATTENTION :**

- ***En application de l'article 26 §2 5<sup>ème</sup> phrase l'assureur a l'obligation de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, à défaut de quoi les soins seront réputés acceptés.***
- ***En application de l'article 26 §4, l'assureur garde la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour ou de résidence.***

Dans ces conditions, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA006 en envoyant dans RINA un SED **DA007** « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et l'Etat membre de résidence » **négatif** au motif que les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail
- ✓ Envoyer un courrier à l'assuré social en indiquant qu'il ne lui délivrera pas de formulaire DA1 pour qu'il aille se faire soigner dans un Etat membre tiers dans le cadre de soins programmés étant donné que les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail

**2ème scénario : « Madame Y » contacte directement l'entreprise d'assurances qui a réglé son accident et qui lui a délivré un formulaire DA1 lors de son départ en résidence en France, pour connaître les démarches à entreprendre pour pouvoir aller se faire soigner en Allemagne dans le cadre de soins programmés.**

Conformément à l'article 26 §2 du Règlement d'application CE 987/2009, l'assuré social qui réside dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent, doit adresser sa demande de soins programmés auprès de son institution du lieu de résidence.

En conséquence, dans ce scénario l'assureur doit :

- ✓ Inviter l'assuré social à adresser sa demande à son institution du lieu de résidence.

*Pourquoi cette obligation de faire transiter la demande par l'intermédiaire de l'institution du lieu de résidence ?*

Car l'assuré social réside dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent et qu'il est donc soumis strictement à la législation de sécurité sociale de cet Etat membre qui est susceptible de pouvoir lui dispenser le traitement qu'il souhaite, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état de santé et de l'évolution de sa maladie.

**3ème scénario : « Madame Y » se trouve en Allemagne afin de subir une intervention chirurgicale pour laquelle elle a reçu une autorisation de soins programmés de la part de son assureur. Après cette intervention chirurgicale, il s'avère que « Madame Y » nécessite des soins complémentaires qui n'étaient pas initialement prévus. L'institution du lieu de séjour contacte l'assureur ayant donné l'autorisation de soins programmés via le AW\_BUC\_04b.**

**ATTENTION :**

- ***En application de l'article 26 §4 du Règlement 987/2009, l'assureur garde la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour ou de résidence.***

*Pour rappel, le SED DA008 « Information concernant un complément médicalement nécessaire aux soins programmés autorisés » adressé à l'assureur dans le cadre du AW\_BUC\_04b est émis par l'institution du lieu de séjour où les soins ayant fait l'objet d'une autorisation de soins programmés sont en cours de traitement. Dès lors, dans ce BUC, il n'y a aucune intervention de la part de l'institution du lieu de résidence qui avait émis initialement le AW\_BUC\_04a.*

Tout comme dans le 1<sup>er</sup> scénario, à la réception du SED DA008, l'assureur doit pouvoir établir le lien causal entre le traitement faisant l'objet de la demande de soins programmés complémentaires et les séquelles de l'accident du travail. Dès lors, en l'absence de rapport médical joint en annexe au SED DA008, l'assureur devra demander une clarification du SED :

- ✓ Initier le processus X012 « Demande de précisions » dans lequel l'assureur doit préciser la section du SED DA008 qui doit être clarifiée et justifier la raison de la demande de clarification .

➔ Le processus X012 « Demande de précisions » équivaut à envoyer un SED H001 « Notification / demande de renseignements » (même valeur). Ce qui change, c'est que le processus X012 n'oblige pas l'émetteur à devoir encoder à nouveau toutes les informations relatives à l'assuré social.

### *1. Les soins sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail*

Lorsque l'assuré social se trouve déjà dans le pays de séjour, dans le cadre de soins programmés acceptés par l'assureur, ce dernier ne peut pas refuser la dispense du traitement complémentaire nécessaire au motif que ce traitement peut être dispensé dans un délai raisonnable sur son territoire (Belgique).

Dès lors, en cas de lien causal établi entre les soins complémentaires nécessaires et les séquelles de l'accident du travail, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA008 en envoyant au travers de RINA un SED DA007 « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence » **positif**
- ✓ Adresser un formulaire DA1 **complémentaire** à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe). De plus, les cases 3.3 et 3.3.2. doivent être cochées et le détail des prestations faisant l'objet des soins programmés doit être indiqué. Par facilité un rapport médical peut être annexé au formulaire.

### *2. Les soins ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail*

**Exemple :** « Madame Y » est hospitalisée en Allemagne en vue de subir une intervention chirurgicale pour mise en place d'une prothèse du genou. Au cours de cette hospitalisation est découverte une pathologie au foie qui nécessite un traitement particulier. Cette pathologie est sans lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.

Dans ce cas de figure, l'assureur doit :

- ✓ Répondre au SED DA008 en envoyant au travers de RINA un SED DA007 « Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence » **négatif**
- ✓ Envoyer un courrier à l'assuré social indiquant que le traitement complémentaire sollicité n'est pas accordé car il n'est pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.

#### **ATTENTION :**

Si ce refus aura pour conséquence que l'institution du lieu de séjour ne facturera pas les prestations à l'assureur dans le cadre des soins programmés, ceci ne signifie pas pour autant que le traitement ne

sera pas dispensé. En effet, l'institution du lieu de séjour utilisera éventuellement la CEAM de l'assuré social ou bien entrera en contact avec l'institution du lieu de résidence secteur « maladie » en vue d'obtenir une autorisation d'ouverture de droits.

***Dans ce cas de figure, l'assureur devra resté vigilant si l'assuré social lui demande d'intervenir dans la prise en charge de factures dont il se serait vu intégralement ou partiellement facturé et pour lesquelles il n'y a pas d'intervention de la part de l'institution du lieu de séjour (Article 26 §7 Règlement CE 987/2009).***

**4<sup>ème</sup> scénario : « Madame Y » est victime d'une rechute brutale des séquelles de son accident du travail. Elle nécessite des soins urgents et à caractère vital qui ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'institution du lieu de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical. L'institution du lieu de résidence donne l'autorisation de soins programmés pour le compte de l'assureur et l'en informe immédiatement via le AW\_BUC\_04c.**

L'assureur n'a pas d'autre choix que d'accepter les constatations et les options thérapeutiques relatives à la nécessité de soins urgents et à caractère vital arrêtées par des médecins agréés par l'institution du lieu de résidence qui délivre l'autorisation (Article 26 §3 2<sup>ème</sup> phrase du Règlement CE 987/2009).

Dans ce scénario, le SED DA009 « Informations concernant l'octroi d'une autorisation à recevoir d'urgence des soins programmés à caractère vital par l'institution de l'État membre de résidence pour le compte de l'institution compétente » est une notification et l'assureur ne doit donc pas y répondre. Cependant, l'assureur peut exiger un complément d'informations, notamment le rapport médical et / ou une copie de l'attestation d'ouverture de droits si ceux-ci sont manquants au SED DA009. Dans ce cas, l'assureur doit :

- ✓ Initier le processus X012 « Demande de précisions » dans lequel l'assureur doit préciser la section du SED DA008 qui doit être clarifiée et justifier la raison de la demande de clarification

➔ Le processus X012 « Demande de précisions » équivaut à envoyer un SED H001 « Notification / demande de renseignements » (même valeur). Ce qui change, c'est que le processus X012 n'oblige pas l'émetteur à devoir encoder à nouveau toutes les informations relatives à l'assuré social.

**ATTENTION :**

- Si au cours du traitement dans le pays de séjour, il s'avère que des soins complémentaires sont nécessaires et qu'une autorisation de soins programmés complémentaire doit être délivrée, **l'institution du lieu de séjour contactera l'assureur et non l'institution du lieu de résidence via le AW\_BUC\_04b**. Dans ce cas de figure, l'assureur devra appliquer la procédure décrite au 3<sup>ème</sup> scénario de la présente fiche (page 9.).
- L'assureur garde à tout moment la faculté de faire examiner l'assuré social par un médecin de son choix dans l'Etat membre de séjour.

## B. Soins programmés : l'assuré social réside en Belgique.

*Définition : l'assureur est l'institution compétente pour les Accidents du travail dans les échanges de données concernant l'application des règlements de coordination européens 883/2004 et 987/2009.*

### I. Préconditions

- L'accident du travail a déjà fait l'objet d'une décision de prise en charge ;
- L'assuré social réside en Belgique ;
- L'assuré social souhaite se faire soigner pour les séquelles de son accident du travail dans un autre état membre de l'E.E.E. que la Belgique.

### II. Généralités

#### 1. Les BUC à initier :

- ❖ AW\_BUC\_01b « Attestation droit aux prestations en nature – Etat membre compétent envoi attestation ».

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_01b :

**DA002** Attestation de droit aux prestations en nature

**DA003** Annulation d'une attestation de droit aux prestations en nature

#### 2. Les BUC nécessitant une réponse :

**ATTENTION : l'assureur a toujours l'obligation de réponse lorsqu'il est sollicité.**

- ❖ AW\_BUC\_01a « Attestation droit aux prestations en nature – Etat membre de séjour demande confirmation des droits ».

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_01a :

**DA001** Demande d'attestation de droit aux prestations en nature

**DA002** Attestation de droit aux prestations en nature

**DA003** Annulation d'une attestation de droit aux prestations en nature

- ❖ AW\_BUC\_04b « Informations sur la nécessité de compléter des soins programmés »

 Les SED concernés par le AW\_BUC\_04b :

**DA008** Information concernant un complément médicalement nécessaire aux soins programmés autorisés

Ce SED DA008 est émis par la caisse de sécurité sociale dans le pays de **SEJOUR** (pays où les soins programmés sont dispensés)

**DA007** Autorisation de recevoir des soins programmés dans un autre État membre que l'État membre compétent et l'État membre de résidence

Ce SED DA007 est émis par l'assureur en réponse au SED DA008.

### **III. Soins programmés : La notion de séjour dans un contexte de résidence en Belgique.**

L'assuré social qui souhaite que son traitement en lien avec les séquelles de son accident du travail soit prodigué dans un autre Etat membre de l'E.E.E. que la Belgique se verra bénéficier de l'intervention de son assureur, à certaines conditions, et sera fonction de la base légale ayant servi à l'ouverture de droits.

Concrètement :

🚦 Si l'assuré social se rend dans un autre Etat membre de l'E.E.E. dans le cadre de soins programmés en application des Règlements 883/2004 et 987/2009 pour la coordination des systèmes de sécurité sociale et :

- **fait usage** de son formulaire DA1 dans l'Etat membre de séjour, le remboursement des prestations se fera par l'intermédiaire des organismes de liaison dans le cadre du AW\_BUC\_05 « demande de remboursement d'une prestation en nature ».

**Si malgré l'utilisation de son formulaire DA1, l'assuré social se voit facturer une partie du coût des prestations, celui-ci peut demander une intervention complémentaire à l'assureur (Article 26 §7 Règlement CE 987/2009).**

- **ne fait pas usage** de son formulaire DA1 dans l'Etat membre de séjour et paie intégralement le coût des prestations, il peut en demander directement le remboursement à l'assureur qui devra demander une tarification dans l'Etat membre de séjour en initiant le AW\_BUC\_03 « Etablissement du taux de remboursement ».

🚦 Si l'assuré social se rend dans un autre Etat membre de l'E.E.E. dans le cadre de soins programmés en application de la Directive 2011/24 et de sa transposition en loi AT belge :

- il ne recevra pas de formulaire DA1 et devra s'acquitter de l'intégralité des factures avant d'en demander le remboursement à son assureur. De son côté, l'assureur remboursera les prestations en fonction de ce qui est prévu par la législation belge AT.

**La Directive est une exception qui ne doit s'utiliser que lorsque le Règlement 883/2004 ne peut s'appliquer (exemple : prestataire privé, assuré social résidant dans un pays tiers hors E.E.E. et souhaitant se faire délivrer des prestations en nature dans un Etat membre de l'E.E.E., ...).**

### **IV. La procédure administrative**

## A. Soins programmés : application des Règlements 883/2004 et 987/2009.

Pour rappel, la procédure d'autorisation pour les soins programmés est basée sur l'article 20 du Règlement de base (CE) 883/2004 et sur l'article 26 du Règlement d'application (CE) 987/2009 qui font référence au secteur maladie. Afin de pouvoir rendre applicable ces articles au secteur des risques professionnels, des articles spécifiques ont été ajoutés.

*Pour savoir comment lire les articles des Règlements pour les rendre applicables au secteur des AT dans un contexte de soins programmés, veuillez vous référer à la page 18, section « 3.2.4. Soins programmés » de la Circulaire 2018/3 Indemnisation des victimes d'accidents du travail (dans le secteur privé) dans un contexte transfrontalier.*

L'article 36 du Règlement CE 883/2004 renvoie notamment à l'article 20 §1<sup>er</sup> dudit Règlement :

*« À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, 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 ».*

L'article 36 §2 du Règlement CE 883/2004 complète l'article 20 §1<sup>er</sup> précédemment énoncé :

*« 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 ».*

En d'autres termes, l'assureur ne peut en aucun cas refuser de donner une autorisation de soins programmés lorsque, **sur son lieu de résidence (Belgique ou État membre de l'E.E.E.)**, l'assuré social ne peut pas bénéficier du traitement en lien causal avec les séquelles de son AT dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

### Exemple pratique :

Madame « X » a été victime d'un accident du travail pour lequel elle garde des séquelles importantes :

- énucléation de l'œil gauche donnant droit au renouvellement et à l'entretien d'une prothèse oculaire ;
- brûlures multiples nécessitant des soins particuliers (produits pharmaceutiques, kinésithérapie, etc...).

**1<sup>er</sup> scénario : « Madame X » réside en Belgique et souhaite aller faire soigner ses brûlures et les cicatrices qui en découlent, en France, dans un établissement de soins public spécialisé. « Madame X » contacte son assureur pour savoir les démarches à entreprendre.**

Dans ce scénario, l'assureur doit analyser la demande de la victime sous 4 angles :

- Est-ce que les soins qui font l'objet de la demande sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail ?
- Est-ce que les soins qui font l'objet de la demande peuvent ou ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence (= Belgique) dans un délai acceptable sur le plan médical ?
- Est-ce que l'établissement de soins est un établissement public qui bénéficie de l'intervention de la sécurité sociale locale dans la prise en charge des prestations ?
- Malgré le fait que les soins puissent être dispensés en Belgique dans un délai raisonnable sur le plan médical, puis-je tout de même accepter d'ouvrir un droit aux soins programmés conformément au Règlement 883/2004 ?

*Comment déterminer si l'établissement de soins est un établissement « public » ou « privé » ?*

C'est d'abord à l'assuré social d'apporter toutes les informations pertinentes permettant de déterminer avec certitude que l'établissement de soins est un établissement public dont les prestations sont prises en charge par la sécurité sociale locale. En cas de difficultés de l'assuré social à récupérer les bonnes informations, l'assureur peut également intervenir directement auprès de l'établissement de soins.

=> **En cas de doute, l'assureur peut également demander l'avis de Fedris.**

*Si après informations obtenues, il s'avère que l'établissement de soins est un établissement « privé » ?*

L'assuré social risque de ne pas pouvoir utiliser son formulaire DA1 sur place étant donné que les prestations facturées par l'établissement risquent de ne pas être prises en charge par la sécurité sociale locale. Dès lors, l'assureur doit inviter l'assuré social à demander à pouvoir bénéficier de la Directive 2011/24 sur le droit des patients et qui a été transposée partiellement en loi belge AT.

**ATTENTION :**

L'assureur doit expliquer précisément à l'assuré social ce qu'implique l'application de la Directive 2011/24 (prise en charge intégrale du coût de la prestation et remboursement a posteriori au tarif belge, pas de bénéfice du Règlement 883/2004 et donc pas de formulaire DA1 / DA002, etc...).

S'il ressort que l'assuré social ne pourra pas supporter la charge financière des prestations, l'assureur doit l'inviter à reconsidérer sa demande, soit en s'adressant à un établissement public, soit en s'adressant à un prestataire belge.

**Pour ces cas de figure, veuillez vous référer point B. « Soins programmés : Directive 2011/24 et sa transposition partielle en loi belge AT », 1<sup>er</sup> scénario du présent document (page 22).**

***1. Les soins peuvent être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence (Belgique) dans un délai acceptable sur le plan médical ET les soins sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.***

### **ATTENTION :**

 Le rôle du médecin-conseil de l'assureur est important étant donné qu'il doit :

- déterminer si les soins peuvent ou ne peuvent pas être dispensés en Belgique dans un délai acceptable sur le plan médical, sur base de documents médicaux
- déterminer si les soins faisant l'objet de la demande sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail et s'ils sont remboursables conformément à l'arrêté royal du 17/10/2000 (nécessité éventuelle d'avoir recours aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 17/10/2000 relatif aux soins médicaux non repris dans la nomenclature AMI)

Dans ce scénario, l'assureur dispose de 2 options :

- Accepter d'ouvrir le droit aux soins programmés à l'assuré social.
- Refuser d'ouvrir le droit aux soins programmés à l'assuré social sur le principe que les soins peuvent être dispensés sur le territoire belge dans un délai acceptable sur le plan médical.

#### **a. Refuser d'ouvrir le droit aux soins programmés à l'assuré social sur le principe que les soins peuvent être dispensés sur le territoire belge dans un délai acceptable sur le plan médical.**

Dans ce cas de figure, l'assureur doit :

- ✓ Refuser d'ouvrir le droit aux soins programmés à la victime et ne pas délivrer de formulaire portable DA1.
- ✓ ne faire aucune démarche envers l'Etat membre où les soins devaient être dispensés.
- ✓ Informer la victime sur le principe du refus d'ouverture de droit sur le plan international (motivation) tout en indiquant qu'un traitement similaire en Belgique peut faire l'objet d'une intervention de prise en charge de la part de l'assureur.

*Que faire si, après le refus d'ouvrir un droit aux soins programmés, l'assuré social demande à son assureur une ouverture de droits aux prestations en nature (DA1 classique) pour un séjour dans le pays où les soins programmés devaient être initialement dispensés ?*

Si après le refus d'ouverture de droits aux soins programmés, l'assuré social demande à son assureur de lui délivrer une attestation d'ouverture de droits pour séjour (formulaire DA1 classique) dans le pays où les soins programmés devaient être initialement dispensés, l'assureur ne pourra pas lui refuser la délivrance du formulaire DA1 dans la mesure où ce refus serait une entrave à la libre circulation de la personne dans l'E.E.E.

Dans ces conditions, l'assureur doit être prudent dans les documents qu'il délivre en effectuant les actions suivantes :

- ✓ Adresser un formulaire DA1 à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe). **Joindre un rapport médical en annexe dans lequel doit être mentionné les prestations qui ont fait l'objet d'une demande de soins programmés et pour lesquelles il y a eu un refus de prise en charge en précisant clairement le motif de refus.**
- ✓ Initier le AW\_BUC\_01b en émettant dans RINA le SED DA002 « Attestation de droit aux prestations en nature » **positif** à l'attention de l'institution du lieu de séjour. *Tout comme dans le formulaire portable DA1, il est indispensable d'indiquer toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP s'il est déjà connu, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe) et de préciser que l'assuré social a fait une demande de soins programmés qui a été rejetée au motif que les prestations peuvent être délivrées dans un délai acceptable sur le plan médical et compte tenu de l'état de santé de l'assuré social. Une annexe peut éventuellement être jointe. )*

## **b. Accepter d'ouvrir le droit aux soins programmés à l'assuré social.**

Suite à l'avis du médecin-conseil et malgré le fait que les prestations faisant l'objet de la demande de soins programmés peuvent être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical en Belgique, l'assureur peut tout de même décider d'accepter d'ouvrir un droit aux soins programmés. Dans ce cas de figure, l'assureur doit :

- ✓ Adresser un formulaire DA1 à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe). De plus, les cases 3.3 et 3.3.2. doivent être cochées et le détail des prestations faisant l'objet des soins programmés doit être indiqué. Par facilité un rapport médical peut être annexé au formulaire.
- ✓ Initier le AW\_BUC\_01b en émettant dans RINA le SED DA002 « Attestation de droit aux prestations en nature » **positif** à l'attention de l'institution du lieu de séjour où les soins programmés seront dispensés. *Tout comme dans le formulaire portable DA1, il est indispensable d'indiquer toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP s'il est déjà connu, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe) et de préciser que l'assuré social se rend dans le pays dans le cadre de soins programmés en faisant le détail des soins acceptés. Une annexe peut éventuellement être jointe.*

## **2. Les soins ne peuvent pas être dispensés sur le territoire de l'Etat membre de résidence (Belgique) dans un délai acceptable sur le plan médical ET les soins sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.**

S'il s'avère que les prestations faisant l'objet de la demande de soins programmés ne peuvent pas être dispensées en Belgique dans un délai acceptable sur le plan médical compte tenu de l'état de santé de l'assuré social, l'assureur ne peut en aucun cas refuser une ouverture de droits à aller se faire soigner dans un autre Etat membre (Article 36 §2 Règlement 883/2004).

Dans ces conditions, l'assureur doit :

- ✓ Adresser un formulaire DA1 à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe). De plus, les cases 3.3 et 3.3.2. doivent être cochées et le détail des prestations faisant l'objet des soins programmés doit être indiqué. Par facilité un rapport médical peut être annexé au formulaire.
- ✓ Initier le AW\_BUC\_01b en émettant dans RINA le SED DA002 « Attestation de droit aux prestations en nature » **positif** à l'attention de l'institution du lieu de séjour où les soins programmés seront dispensés. *Tout comme dans le formulaire portable DA1, il est indispensable d'indiquer toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP s'il est déjà connu, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe) et de préciser que l'assuré social se rend dans le pays dans le cadre de soins programmés en faisant le détail des soins acceptés. Une annexe peut éventuellement être jointe.*

### **3. Les soins faisant l'objet de la demande d'ouverture de droits de soins programmés ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.**

Si après avis du médecin-conseil, il s'avère que les prestations ne sont pas en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail, l'assureur ne doit en aucun cas délivrer d'attestation d'ouverture de droits de soins programmés à l'assuré social.

*Que faire si, après le refus d'ouvrir un droit aux soins programmés, l'assuré social demande à son assureur une ouverture de droits aux prestations en nature (DA1 classique) pour un séjour dans le pays où les soins programmés devaient être initialement dispensés ?*

Si après le refus d'ouverture de droits aux soins programmés, l'assuré social demande à son assureur de lui délivrer une attestation d'ouverture de droits pour séjour (formulaire DA1 classique) dans le pays où les soins programmés devaient être initialement dispensés, l'assureur ne pourra pas lui refuser la délivrance du formulaire DA1 dans la mesure où ce refus serait une entrave à la libre circulation de la personne dans l'E.E.E.

Dans ces conditions, l'assureur doit être prudent dans les documents qu'il délivre en effectuant les actions suivantes :

- ✓ Adresser un formulaire DA1 à l'assuré social dans lequel doit être indiqué toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP, et éventuellement rapport médical en pièce-jointe). **Joindre un rapport médical en annexe dans lequel doit être mentionné les prestations qui ont fait l'objet d'une demande de soins programmés et pour lesquelles il y a eu un refus de prise en charge au motif d'absence de lien causal avec les séquelles de l'accident du travail.**
- ✓ Initier le AW\_BUC\_01b en émettant dans RINA le SED DA002 « Attestation de droit aux prestations en nature » **positif** à l'attention de l'institution du lieu de séjour. *Tout comme dans le formulaire portable DA1, il est indispensable d'indiquer toutes les informations relatives à l'accident (date AT, séquelles, taux d'IP s'il est déjà connu, et éventuellement rapport médical*

*en pièce-jointe) et de préciser que l'assuré social a fait une demande de soins programmés qui a été rejetée au motif d'absence de lien causal avec les séquelles de l'accident du travail. Une annexe peut éventuellement être jointe.*

**2<sup>ème</sup> scénario** : Après avoir reçu son formulaire DA1 attestant de son droit à pouvoir bénéficier de soins programmés en France, « Madame X » est effectivement partie se faire soigner. Une fois sur place et le traitement commencé, il s'avère que l'état de santé de « Madame X » requiert des soins complémentaires qui n'étaient pas initialement prévus. L'institution du lieu de séjour contacte l'assureur via le AW\_BUC\_04b.

L'assureur doit appliquer la procédure décrite au 3<sup>ème</sup> scénario relatif aux soins programmés dans un contexte où l'assuré social réside dans un autre Etat membre que l'Etat membre compétent (cfr. page 9 de la présente fiche).

**3<sup>ème</sup> scénario** : « Madame X » n'a pas fait de demande d'accord préalable à son assureur pour aller se faire soigner dans un autre Etat membre. Sur place, « Madame X » a pris en charge l'intégralité du coût des prestations. De retour en Belgique, elle sollicite l'intervention de son assureur dans la prise en charge du coût des prestations.

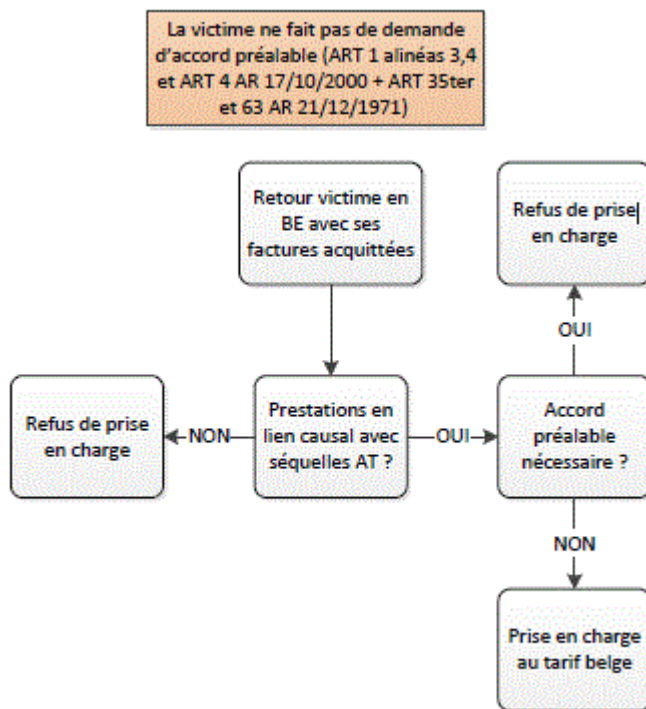
Dans ce scénario « Madame X » ne s'est pas conformée à l'obligation de l'autorisation préalable définie à l'article 36 renvoyant notamment à l'article 20 §1<sup>er</sup> du Règlement 883/2004 et en conséquences les prestations qui, si elles sont en lien causal avec les séquelles de l'accident du travail de « Madame X », ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge sur base du Règlement 883/2004 et ce même si elles ont été dispensées auprès d'un prestataire « public ». En conséquence, la prise en charge se fera sur base de la Directive 2011/24 qui a été transposée partiellement en loi belge AT.

L'assureur ne doit donc effectuer aucune démarche vis-à-vis de l'Etat membre étranger et analyser la prise en charge des prestations sur base de la législation belge AT. A cette fin, l'assureur doit, avant d'intervenir financièrement :

- ✓ éventuellement s'assurer que les prestations ont été dispensées par un prestataire légalement établi sur le territoire de l'Etat membre où a eu lieu les soins. En cas de doute, l'assureur peut demander l'intervention de Fedris.
  - l'assureur et la victime peuvent demander à Fedris, en tant que point de contact national belge secteur AT, de se renseigner auprès du point de contact national étranger afin de déterminer si le prestataire choisi par la victime est légalement établi dans ce pays. Pour se faire, Fedris utilise l'application web IMI (système d'information du marché intérieur) mise à disposition par l'Union Européenne ([plus d'informations ici](#)).
- ✓ Examiner que les prestations ne sont pas soumises à l'accord préalable tel que défini dans la loi belge AT

- article 1 alinéas 3 et 4 de l'arrêté royal du 17/10/2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail.
- article 4 de l'arrêté royal du 17/10/2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail.
- article 35ter de l'arrêté royal du 21/12/1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.
- article 63 de l'arrêté royal du 21/12/1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

#### Schématisation de l'intervention :



## **B. Soins programmés : Directive 2011/24 et sa transposition partielle en loi belge AT**

Pour rappel, la Directive 2011/24 a été transposée en loi belge AT et ses principes essentiels sont les suivants :

- La Directive a un caractère subsidiaire au Règlement 883/2004. C'est le Règlement qui s'applique si les conditions sont remplies sauf si la victime fait le choix explicite de l'application de la Directive ;
- La Directive met en œuvre les principes dégagés par la Cour de Justice Européenne en matière de soins de santé sur base du traité sur le fonctionnement de l'Union (libre circulaire des biens et des personnes). L'objectif est que le remboursement soit identique que la personne fasse appel à des prestataires sur le territoire de son Etat d'affiliation ou que le prestataire soit établi dans un autre de l'Union ;

- La Directive s'applique à tous les prestataires, y compris les prestataires privés ;
- L'autorisation préalable requise que dans certains cas particuliers déterminés à l'article 8.2 de la Directive ;
- Sur le plan pratique, la Directive oblige l'assuré social à prendre en charge l'intégralité du coût des prestations et d'en demander le remboursement a posteriori. Il n'y a donc aucun formulaire d'ouverture de droits (DA1 / SED DA002) permettant à l'assuré social de bénéficier temporairement des mêmes droits en matière d'accidents du travail qu'un autre assuré social résidant sur le territoire de l'Etat membre où a lieu la délivrance des prestations.

### **ATTENTION :**

La Directive a un caractère subsidiaire qui se reflète dans la loi belge AT. Dès lors, si les conditions sont réunies, c'est bel et bien le Règlement 883/2004 qui doit s'appliquer en priorité sauf si l'assuré social fait la demande explicite de se voir appliquer les principes de la Directive.

Exemple : l'assuré social ne veut pas s'encombrer de démarches administratives et craint que le remboursement de l'assureur va prendre longtemps car une tarification est par exemple nécessaire. Il fait le souhait explicite de se voir appliquer la Directive et ainsi être remboursé au tarif belge.

**1<sup>er</sup> scénario : « Madame X » souhaite que le renouvellement de sa prothèse oculaire se fasse en Allemagne. Elle contacte son assureur pour qu'il lui délivre une autorisation de soins.**

*Les démarches administratives avant d'appliquer la Directive 2011/24.*

#### **Les obligations de « Madame X » :**

- ✓ faire une demande d'accord préalable avec toutes les pièces justificatives ; et
- ✓ fournir un devis détaillé du prestataire qui effectuera les prestations.

#### **Les obligations de l'assureur-loi :**

- ✓ Examiner la demande de prise en charge eu égard aux séquelles de l'accident du travail en appliquant la législation belge en matière d'accidents du travail :
  - Si le devis n'est pas suffisamment détaillé, l'assureur doit demander les informations pertinentes soit à « Madame X », soit au prestataire directement.
  - En cas de doute sur les prestations, solliciter l'avis du médecin-conseil.
- ✓ Avoir des informations quant à la situation administrative du prestataire qui va dispenser les soins, par le biais de l'assuré social ou du prestataire directement.

### ***1. Le prestataire ressort du « réseau public »***

Si le prestataire ressort du « réseau public », c'est le Règlement 883/2004 qui doit alors s'appliquer conformément au fait que la Directive n'a qu'un caractère subsidiaire SAUF à la demande explicite de l'assuré social (voir l'intérêt du bénéficiaire !!).

La procédure à appliquer est alors celle décrite au point A. « Soins programmés : application des Règlements 883/2004 et 987/2009 », 1er scénario sous b. « Accepter d'ouvrir le droit aux soins programmés à l'assuré social » du présent document (page 18)

## *2. Le prestataire ressort du « réseau privé »*

Si le prestataire ressort du « réseau privé » ; réseau médical éventuellement reconnu par la sécurité sociale locale (prestataire légalement établi et en droit d'exercer sa profession) mais hors de son système de financement et donc absence d'intervention dans la prise en charge des prestations, c'est la Directive 2011/24 qui doit s'appliquer.

**AVANT toute ouverture de droit**, l'assureur doit s'assurer que le prestataire est légalement établi sur le territoire de l'Etat membre où veut se rendre l'assuré social dans le cadre de soins programmés (alinéa 6 article 35ter AR 21/12/1971) :

- l'assureur et la victime peuvent demander à Fedris, en tant que point de contact national belge secteur AT, de se renseigner auprès du point de contact national étranger afin de déterminer si le prestataire choisi par la victime est légalement établi dans ce pays.

Pour se faire, Fedris utilise l'application web IMI (système d'information du marché intérieur) mise à disposition par l'Union Européenne ([plus d'informations ici](#)).

### **ATTENTION :**

Les délais relatifs à l'échange d'informations entre les points de contact nationaux peuvent être plus ou moins long en fonction de la nature de la demande.

*a. Le prestataire n'est pas légalement établi dans le pays de l'E.E.E.*

Si le prestataire n'est pas légalement établi, l'assureur ne devra en aucun cas donner son accord car l'assuré social et l'assureur n'ont aucune garantie que le prestataire est qualifié pour dispenser les prestations.

- ✓ L'assureur doit refuser l'ouverture de droit et notifier à l'assuré social qu'il a soit la possibilité de choisir un autre prestataire étranger légalement établi, soit choisir un prestataire belge reconnu. Dans tous les cas de figure, la procédure administrative avant ouverture de droit doit être intégralement recommencée.

*b. Le prestataire est légalement établi dans le pays de l'E.E.E.*

Si le prestataire est légalement établi, l'assureur peut donner son accord à la victime et en conséquence :

- ✓ délivrer à l'assuré social un accord à aller se faire soigner dans un autre Etat membre dans le cadre de la Directive 2011/24.
- ✓ **NE PAS DELIVRER** à l'assuré social de formulaire portable DA1 qui ressort du Règlement 883/2004 qui ne s'applique pas dans ce cas-ci.
- ✓ **NE PAS ENVOYER** de SED DA002 à l'attention de l'Etat membre de séjour où se déroulera les soins étant donné que ce SED ressort de l'application des Règlements 883/2004 et 987/2009 qui ne s'appliquent pas dans ce cas-ci.

**ATTENTION :**

- 🚩 **Aucun formulaire prédéfini, tel le formulaire portable DA1, n'a été prévu dans le cadre de la Directive 2011/24. Dès lors, l'assureur doit émettre un courrier de prise en charge à l'attention de l'assuré social lui rappelant :**
  - la nature de la prise en charge (détailler les prestations acceptées) ;
  - qu'il doit faire intégralement l'avance des frais et en demander ensuite le remboursement à son assureur qui interviendra sur base de la réglementation belge spécifique AT.