

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS



Guide n° 4 — Détachement

**Assurance maladie-maternité-accidents du
travail des travailleurs détachés temporaire-
ment d'un pays de la Communauté
dans un autre**

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité-accidents du travail
des travailleurs détachés temporairement d'un
pays de la Communauté dans un autre**

Guide n° 4 — Détachement

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	11
I. Maladie - maternité	13
A. <i>Prestations</i>	13
1. Prestations en nature	13
2. Prestations en espèces	14
B. <i>Formalités à accomplir pour bénéficier des prestations</i>	14
1. Prestations en nature	14
2. Prestations en espèces	15
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	16
A. <i>Prestations</i>	16
1. Prestations en nature	16
2. Prestations en espèces	17

	Pages
B. <i>Formalités à accomplir pour bénéficier des prestations</i>	17
1) Prestations en nature	18
2) Prestations en espèces	19
III. Décès.	19
ANNEXE	20
BELGIQUE	21
I. Maladie - maternité	21
A. <i>Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	21
B. <i>Prestations et formalités à accomplir</i>	22
a) <i>Visites médicales et médicaments</i>	22
b) <i>Soins spéciaux et hospitalisation</i>	23
c) <i>Prothèses, grands appareillages et autres prestations en nature très importantes</i>	24
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	24
A. <i>Accidents du travail</i>	24
a) <i>Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	24
b) <i>Prestations et formalités à accomplir</i>	24
B. <i>Maladies professionnelles</i>	24

	Pages
ALLEMAGNE (R.F.)	25
I. Maladie - maternité	25
A. <i>Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	25
B. <i>Prestations et formalités à accomplir</i>	25
a) Soins médicaux	25
b) Médicaments	26
c) Soins para-médicaux et appareillages	27
d) Hospitalisation	28
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	29
A. <i>Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	29
B. <i>Prestations et formalités à accomplir</i>	29
FRANCE	30
I. Maladie - maternité	30
A. <i>Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	30
B. <i>Prestations et formalités à accomplir</i>	30
a) Soins médicaux	30
b) Médicaments	31
c) Remboursement des frais	31
d) Hospitalisation	31

	Pages
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	32
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>32</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>32</i>
ITALIE	33
I. Maladie - maternité	33
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>33</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>33</i>
a) Soins médicaux	33
b) Médicaments	34
c) Hospitalisation	34
d) Appareils de prothèse et assistance complémentaire	35
II. Tuberculose	35
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>35</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>36</i>
III. Accidents du travail et maladies professionnelles	37
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>37</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>37</i>

	Page
LUXEMBOURG	39
I. Maladie - maternité	39
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>39</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>39</i>
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	40
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>40</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>40</i>
PAYS-BAS	42
I. Maladie - maternité	42
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>42</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>42</i>
II. Accidents du travail et maladies professionnelles	43
<i>A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations</i>	<i>43</i>
<i>B. Prestations et formalités à accomplir</i>	<i>44</i>

INTRODUCTION

Les règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants prévoient que les *travailleurs salariés* résidant habituellement dans l'un des six pays de la Communauté économique européenne (1) et *détachés temporairement dans un autre de ces six pays, sont soumis à la législation de sécurité sociale du pays de leur résidence habituelle*. Ces règlements permettent d'autre part aux travailleurs détachés d'obtenir, *pour eux-mêmes et les membres de leur famille qui les accompagnent, des prestations de sécurité sociale dans le pays où ils sont détachés*.

Prestations pouvant être obtenues

Les prestations qui peuvent, le cas échéant, être obtenues sont les suivantes :

- les prestations de l'assurance maladie-maternité,
- les prestations de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- les allocations en cas de décès.

(1) Les pays membres de la Communauté économique européenne sont les suivants : Belgique, république fédérale d'Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas.

Bénéficiaires

Ne peuvent bénéficier de ces dispositions que les *travailleurs salariés qui sont*:

a) *ressortissants de l'un des six pays de la Communauté économique européenne, réfugiés ou apatrides;*

b) *détachés par leur entreprise dans un des six pays de la Communauté économique européenne pour y effectuer un travail dont la durée probable ne doit pas dépasser 12 mois.*

Documents prévus

Pour prouver que le travailleur est soumis à la législation du pays d'où il est détaché, un *certificat de détachement* (formulaire E 1) lui est remis. Ce certificat est valable pendant 12 mois au maximum.

Lorsque la durée du détachement se prolonge au delà de 12 mois, le travailleur reste soumis, pour une nouvelle période de 12 mois au maximum, à la législation du pays d'où il est détaché, si son employeur lui remet un *certificat de prolongation de détachement* (formulaire E 2).

Le travailleur qui est détaché successivement dans un ou plusieurs pays pour des périodes de très courte durée ne reçoit qu'un seul certificat de détachement dont la validité est limitée à 3 mois.

Si les membres de la famille du travailleur accompagnent celui-ci dans le pays où il est détaché, ils doivent prendre la précaution de demander, avant leur départ, une *attestation concernant leur droit aux prestations en nature* (formulaire E 6) à l'institution auprès de laquelle le travailleur chef de famille est assuré.

Bénéficiaires

Ne peuvent bénéficier de ces dispositions que les *travailleurs salariés qui sont*:

a) *ressortissants de l'un des six pays de la Communauté économique européenne, réfugiés ou apatrides;*

b) *détachés par leur entreprise dans un des six pays de la Communauté économique européenne pour y effectuer un travail dont la durée probable ne doit pas dépasser 12 mois.*

Documents prévus

Pour prouver que le travailleur est soumis à la législation du pays d'où il est détaché, un *certificat de détachement* (formulaire E 1) lui est remis. Ce certificat est valable pendant 12 mois au maximum.

Lorsque la durée du détachement se prolonge au delà de 12 mois, le travailleur reste soumis, pour une nouvelle période de 12 mois au maximum, à la législation du pays d'où il est détaché, si son employeur lui remet un *certificat de prolongation de détachement* (formulaire E 2).

Le travailleur qui est détaché successivement dans un ou plusieurs pays pour des périodes de très courte durée ne reçoit qu'un seul certificat de détachement dont la validité est limitée à 3 mois.

Si les membres de la famille du travailleur accompagnent celui-ci dans le pays où il est détaché, ils doivent prendre la précaution de demander, avant leur départ, une *attestation concernant leur droit aux prestations en nature* (formulaire E 6) à l'institution auprès de laquelle le travailleur chef de famille est assuré.

Vous trouverez dans ce guide des précisions :

- sur les prestations dont vous pouvez bénéficier si vous remplissez les conditions indiquées ci-dessus ;
- sur les formalités à accomplir pour en bénéficier.

I. MALADIE - MATERNITE

A. Prestations

1. Prestations en nature (soins médicaux, y compris l'hospitalisation)

Si votre état, ou celui d'un membre de votre famille qui vous accompagne, nécessite des soins immédiats, adressez-vous à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre séjour.

Vous trouverez des indications sur cette institution dans l'annexe au présent guide.

Vous obtiendrez de cette institution les prestations en nature que celle-ci sert suivant les dispositions de la législation du pays où vous êtes détaché.

La durée maximale pendant laquelle les prestations en nature peuvent vous être accordées par l'institution du lieu de votre séjour est celle prévue par la réglementation de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré dans le pays où vous résidez habituellement.

Il y a lieu de noter que, sauf en cas d'urgence absolue, les prothèses, grands appareillages ou autres prestations de grande importance que votre état de santé, ou celui d'un membre de votre famille, peut nécessiter ne vous

Vous trouverez dans ce guide des précisions :

- sur les prestations dont vous pouvez bénéficier si vous remplissez les conditions indiquées ci-dessus ;
- sur les formalités à accomplir pour en bénéficier.

I. MALADIE - MATERNITE

A. Prestations

1. Prestations en nature (soins médicaux, y compris l'hospitalisation)

Si votre état, ou celui d'un membre de votre famille qui vous accompagne, nécessite des soins immédiats, adressez-vous à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre séjour.

Vous trouverez des indications sur cette institution dans l'annexe au présent guide.

Vous obtiendrez de cette institution les prestations en nature que celle-ci sert suivant les dispositions de la législation du pays où vous êtes détaché.

La durée maximale pendant laquelle les prestations en nature peuvent vous être accordées par l'institution du lieu de votre séjour est celle prévue par la réglementation de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré dans le pays où vous résidez habituellement.

Il y a lieu de noter que, sauf en cas d'urgence absolue, les prothèses, grands appareillages ou autres prestations de grande importance que votre état de santé, ou celui d'un membre de votre famille, peut nécessiter ne vous

sont servis que lorsque l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré en a donné l'autorisation à l'institution du lieu de votre séjour.

2. Prestations en espèces

Si votre maladie ou votre maternité entraîne une incapacité de travail qui vous donne droit à des prestations en espèces selon la réglementation de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré, ces prestations vous sont payées dans le pays où vous êtes détaché :

— soit directement par l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré, par mandat-poste international,

— soit par l'intermédiaire de l'institution du lieu de votre séjour, pour le montant et pendant la période fixée par l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré.

B. Formalités à accomplir pour bénéficiaire des prestations

1. Prestations en nature

Pour obtenir des prestations en nature, vous devez

a) présenter à l'institution du lieu de votre séjour :

— soit l'attestation concernant votre droit aux prestations en nature (formulaire E 6) que vous avez toujours intérêt à demander avant votre départ à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré ;

— soit votre certificat de détachement (formulaire E 1 ou E 2) ;

Si vous ne possédez que ce certificat, l'institution du lieu de votre séjour doit demander à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré si vous remplissez les conditions exigées par sa réglementation pour avoir droit aux prestations.

En attendant cette réponse, elle vous sert les prestations que votre état de santé nécessite, mais pendant 30 jours au plus;

b) *accomplir les diverses formalités exigées par la réglementation de l'institution du lieu de votre séjour pour le service des prestations en nature.*

2. Prestations en espèces

Pour obtenir les prestations en espèces vous devez:

a) *vous adresser immédiatement à l'institution du lieu de votre séjour et présenter (sauf si vous séjournez aux Pays-Bas) un certificat d'incapacité de travail délivré par votre médecin traitant; en outre indiquer:*

— votre adresse actuelle,

— le nom et l'adresse de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré;

b) *vous soumettre au contrôle médical d'un médecin-contrôleur de l'institution du lieu de séjour dès que vous y êtes convoqué.*

Lorsque ces différentes formalités sont accomplies, l'institution du lieu de séjour adresse à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré une demande de prestations en espèces.

Dans les huit jours qui suivent la réception de cette demande, *l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré doit faire connaître à l'institution du lieu de votre séjour si vous pouvez bénéficier des prestations en espèces.* Cette institution vous fait connaître la réponse de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré.

Sous peine de perdre le bénéfice des prestations en espèces, *vous devez vous soumettre aux contrôles administratif et médical de l'institution du lieu de votre séjour.*

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Prestations

1. Prestations en nature (soins médicaux, y compris l'hospitalisation)

Si vous êtes victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle dans le pays où vous êtes détaché ou si votre état nécessite des soins immédiats par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont vous avez été victime antérieurement, *adressez-vous à l'institution du lieu de votre séjour.*

Consultez l'annexe au présent guide pour obtenir des précisions sur cette institution.

Vous obtiendrez de cette institution les prestations que celle-ci sert suivant les dispositions de la législation du pays où vous êtes détaché.

La *durée maximale* pendant laquelle les prestations en nature peuvent vous être accordées par l'institution

du lieu de votre séjour est celle prévue par la réglementation de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré dans le pays où vous résidez habituellement.

Il y a lieu de noter que, sauf en cas d'urgence absolue, les prothèses, grands appareillages ou autres prestations de grande importance que votre état de santé peut nécessiter ne vous sont servis que lorsque l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré en a donné l'autorisation à l'institution du lieu de votre séjour.

2. Prestations en espèces

Si votre accident du travail ou votre maladie professionnelle entraîne une incapacité de travail qui vous donne droit à des prestations en espèces selon la réglementation de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré, vous obtenez ces prestations dans le pays où vous êtes détaché.

En ce qui concerne le paiement de ces prestations, les renseignements donnés pour le paiement des prestations de maladie sont valables. Reportez-vous au n° I, A, 2 ci-dessus.

B. Formalités à accomplir pour bénéficier des prestations

Si vous êtes victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pendant votre détachement, la déclaration doit en être faite à l'institution du lieu de votre séjour. Cette déclaration doit être adressée, en double exemplaire, dans la forme et les délais exigés par la législation du pays où vous êtes détaché.

Consultez l'annexe pour avoir des précisions sur les dispositions relatives à la déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le pays où vous êtes détaché.

De plus, vous devez accomplir les formalités suivantes :

1. Pour obtenir des prestations en nature

a) présenter à l'institution du lieu de votre séjour :

— soit l'attestation concernant votre droit aux prestations en nature (formulaire E 6) que vous avez toujours intérêt à demander avant votre départ à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré ;

— soit votre certificat de détachement (formulaire E 1 ou E 2) ;

Si vous ne possédez que ce certificat, l'institution du lieu de votre séjour doit demander à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré si vous remplissez les conditions exigées par sa réglementation pour avoir droit aux prestations. En attendant cette réponse, elle vous sert les prestations que votre état de santé nécessite, mais pendant 30 jours au plus ;

b) accomplir les diverses formalités exigées par la réglementation de l'institution du lieu de votre séjour pour le service des prestations en nature.

Vous trouverez des précisions sur ces formalités dans l'annexe au présent guide.

2. Pour obtenir des prestations en espèces

a) vous adresser immédiatement à l'institution du lieu de votre séjour et présenter (sauf si vous séjournez aux Pays-Bas) un certificat d'incapacité de travail délivré par votre médecin traitant, en outre indiquer :

— votre adresse actuelle,

— le nom et l'adresse de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré ;

b) vous soumettre au contrôle médical d'un médecin-contrôleur de l'institution du lieu de séjour dès que vous y êtes convoqué.

III. DECES

Si la législation du pays où le travailleur est assuré accorde une allocation en cas de décès du travailleur ou d'un membre de sa famille, cette allocation est également due si le décès survient pendant un détachement dans un autre pays.

Il y a lieu de s'adresser à l'institution du lieu de résidence habituelle.

Eventuellement, l'institution (1) du lieu de séjour temporaire peut fournir des renseignements à ce sujet.

(1) Soit l'institution d'assurance maladie-maternité soit l'institution d'assurance accidents du travail si le décès est dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

ANNEXE

Vous trouverez dans cette annexe, pour chaque pays de la Communauté, les indications essentielles concernant les institutions du lieu de séjour qui accordent des prestations, les prestations pouvant être accordées et les formalités à accomplir pour les obtenir en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Pour tous renseignements complémentaires, adressez-vous à l'institution du lieu de séjour.

BELGIQUE

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies par l'*office régional de la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité* de la province dans laquelle vous êtes détaché.

Les offices régionaux sont établis aux adresses suivantes :

BRABANT

Bruxelles (4), rue des Deux Eglises, 24

HAINAUT

Mons, rue de la Grande Triperie, 21

LIEGE

Eupen, rue Neuve, 42

Liège, rue des Augustins, 17

Malmédy, rue Derrière la Vaulx, 23

LUXEMBOURG

Arlon, rue Netzer, 20

NAMUR

Namur, rue Delvaux, 30

ANVERS

Anvers, Huis van de Arbeid, Pelikaanstraat, 98

FLANDRE OCCIDENTALE

Bruges, Huis van de Arbeid, Spanjaardstraat, 15

Mouscron, O.N.P.C., rue du Midi, 61

FLANDRE ORIENTALE

Gand, Lange Steenstraat, 33

LIMBOURG

Eisden, Verlengde Pauwengraad, 115

Hasselt, Runxtersteenweg, 75 A

Waterschei, Cicilweg, 8

B. Prestations et formalités à accomplir

a) Visites médicales et médicaments

Il n'est pas nécessaire de vous adresser d'abord à l'organisme indiqué sous A avant de vous faire soigner, la feuille de maladie n'existant pas en Belgique.

Vous pouvez vous adresser à n'importe quel médecin. Vous devez lui payer directement les honoraires qu'il réclamera et lui demander une quittance.

Sauf dans certaines localités où le médecin délivre lui-même les médicaments, le médecin vous remettra une prescription médicale avec laquelle vous vous adressez à n'importe quel pharmacien pour obtenir les médicaments nécessaires. Ici aussi vous devrez payer le pharmacien et lui demander une quittance avec copie de l'ordonnance médicale.

Vous obtiendrez le remboursement d'une partie de vos dépenses (en Belgique l'assuré doit supporter lui-même une partie des frais) en présentant à l'organisme indiqué sous A les quittances reçues du médecin et du pharmacien et le formulaire E 1 (E 2 ou E 6).

La partie des frais qui restera à votre charge sera plus ou moins importante suivant que le médecin consulté

aura ou non respecté les tarifs de l'assurance et ne vous aura délivré ou prescrit que des médicaments remboursables par l'assurance. Pour certaines spécialités non agréées aucune intervention ne peut être accordée.

b) Soins spéciaux et hospitalisation

Si votre état nécessite des soins spéciaux tels que examens techniques et radiologiques, analyses de laboratoire, hospitalisation, opération chirurgicale, etc., il est utile de vous adresser d'abord à l'organisme indiqué sous A. Celui-ci pourra vous indiquer comment vous pouvez obtenir ces soins aux tarifs les plus favorables et vous remettre le cas échéant un engagement de paiement.

En cas d'urgence toutefois vous pouvez, pour ces soins, vous adresser à n'importe quel établissement de soins. Vous aurez à payer les frais et à demander une quittance.

Sur présentation de cette quittance et du formulaire E 1 (E 2 ou E 6), l'organisme indiqué sous A vous remboursera sur base des tarifs réglementaires.

Une partie des frais restera probablement à votre charge. Cette partie sera plus ou moins importante suivant que les tarifs auront été ou non respectés.

Si vous devez être hospitalisé d'urgence et que vous n'avez pu vous adresser d'abord à l'organisme indiqué sous A, vous remettrez le formulaire E 1 (E 2 ou E 6) à la direction de l'établissement en lui demandant de bien vouloir se mettre en rapport avec l'organisme indiqué sous A pour obtenir un engagement de paiement.

c) Prothèses, grands appareillages et autres prestations en nature très importantes

Sauf en cas d'urgence absolue, l'organisme belge ne peut accorder des prestations importantes, comme les prothèses, les grands appareillages, l'hospitalisation pendant plus de vingt jours, etc. qu'après avoir obtenu l'autorisation de l'organisme auprès duquel vous êtes assuré dans votre pays. Les démarches nécessaires pour obtenir cette autorisation seront faites par l'organisme belge.

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Accidents du travail

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Ce sont les mêmes institutions qu'en cas de maladie ou de maternité: cf sub I, A.

B. Prestations et formalités à accomplir

Si vous êtes victime d'un accident du travail en Belgique, vous obtenez les mêmes prestations et vous devez accomplir les mêmes formalités qu'en cas de maladie, voir sub I, B.

2. Maladies professionnelles

Si pendant votre détachement en Belgique vous êtes atteint d'une maladie professionnelle ou si vous avez besoin de soins par suite d'une maladie professionnelle contractée antérieurement, il faut vous adresser au:

Fonds de prévoyance en faveur des victimes de maladies professionnelles, rue de la Science, 8, Bruxelles (4).

ALLEMAGNE (R.F.)

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies par les *caisses locales de maladie* (Allgemeine Ortskrankenkassen) qui existent, sauf de rares exceptions, dans toutes les circonscriptions urbaines et rurales et qui ont des bureaux dans toutes les localités importantes. Quand il n'existe pas de caisse locale dans une circonscription rurale, les prestations sont servies par les *caisses agricoles* (Landkrankenkassen) de cette circonscription.

Pour savoir où se trouve le bureau le plus proche de la caisse locale ou de la caisse agricole, on peut se renseigner auprès de tous les fonctionnaires et de toutes les personnes habitant la localité.

B. Prestations et formalités à accomplir

a) Soins médicaux

Si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez vous adresser d'abord au bureau le plus proche de la caisse de maladie mentionnée sub A et y présenter votre formule E 6 (E 1 ou E 2). La caisse vous remettra une feuille de soins (Krankenschein) destinée à assurer le remboursement au médecin et vous donnera les noms des médecins parmi lesquels vous pouvez choisir. Muni de cette

feuille de soins, vous pouvez aller trouver le médecin ou le dentiste de votre choix, qui vous donnera ses soins pour autant que vous en ayez besoin immédiatement.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle survenant dans le pays où vous êtes détaché, vous obtiendrez les prestations même sans qu'elles soient de nécessité immédiate.

Vous n'avez pas à payer d'honoraires au médecin; il enverra directement sa note à la caisse mentionnée sub A.

Si vous avez besoin de soins médicaux urgents, au point de ne pouvoir vous rendre d'abord au bureau de la caisse de maladie, vous devez présenter au médecin votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2) pour faire la preuve de votre droit aux prestations de sécurité sociale. Vous pouvez alors réclamer ultérieurement une feuille de soins à la caisse de maladie visée sub A, sur présentation de votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2). Si vous remettez cette feuille au médecin dans les dix jours qui suivent votre première visite, il vous remboursera intégralement la somme que vous lui avez payée. Si vous n'avez plus la possibilité de vous procurer une feuille de soins, par exemple parce que vous devez rentrer immédiatement dans votre pays de résidence, il est recommandé de présenter la note d'honoraires à l'institution d'assurance-maladie auprès de laquelle vous êtes assuré.

b) Médicaments

Quand vous aurez remis votre feuille de soins au médecin, comme il a été expliqué au paragraphe précédent, le

médecin vous prescrira les médicaments nécessaires aux frais de la caisse allemande qui vous l'a délivrée. Vous n'aurez à acquitter chez le pharmacien qu'un droit de 0,50 DM par ordonnance.

Les mêmes règles sont valables également dans les cas d'urgence, quand le médecin a pu constater votre droit aux prestations grâce à la présentation de votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2). Dans les autres cas, vous pouvez vous adresser à la caisse de votre lieu de séjour mentionnée sub A et celle-ci, sur présentation de la même attestation, veillera à vous faire rembourser les sommes que vous avez payées pour obtenir les médicaments nécessaires, déduction faite du droit d'ordonnance. Si vous ne pouvez plus procéder de cette façon, par exemple parce que vous devez rentrer immédiatement, il est conseillé de présenter l'ordonnance à l'institution d'assurance maladie auprès de laquelle vous êtes assuré.

c) Soins paramédicaux et appareillages

Vous avez droit également aux soins paramédicaux et à la fourniture d'appareillages (cures thermales, lunettes, bandages herniaires, prothèses, etc.) pour autant que votre état le réclame de façon immédiate. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle survenant dans le pays où vous êtes détaché, vous obtiendrez les prestations même sans qu'elles soient de nécessité immédiate.

Vous devez d'abord présenter l'ordonnance, pour approbation, à la caisse du lieu de votre séjour mentionnée

sub A; celle-ci vous indiquera où vous pouvez obtenir les soins et appareillages prescrits, contre paiement du droit d'ordonnance de 0,50 DM.

L'octroi de prestations en nature plus importantes est subordonné à l'autorisation de l'institution auprès de laquelle le travailleur est assuré. Cette autorisation est demandée directement par la caisse du lieu de séjour.

d) *Hospitalisation*

L'hospitalisation ne peut être accordée que quand le médecin en atteste la nécessité. Muni de cette attestation, vous devez vous adresser à la caisse de maladie compétente pour votre lieu de séjour (voir sub A) en présentant votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2) et en demandant que la caisse prenne en charge les frais d'hospitalisation.

Si votre demande est acceptée, on vous délivrera une attestation de prise en charge (Kostenübernahmeschein) donnant droit à l'hospitalisation en troisième classe, que vous devrez remettre à l'établissement hospitalier.

Dans les cas d'urgence, la nécessité de l'hospitalisation est attestée par le médecin de l'établissement hospitalier. Vous devez alors remettre votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2) à l'administration de l'établissement hospitalier en lui demandant de se faire adresser immédiatement l'attestation de prise en charge par la caisse de maladie compétente pour votre lieu de séjour (voir sub A).

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Ce sont les mêmes institutions qu'en cas de maladie ou de maternité: cf sub I, A.

B. Prestations et formalités à accomplir

Si vous êtes victime d'un accident du travail sur le territoire de la république fédérale d'Allemagne, votre employeur ou son représentant doit adresser dès que possible une déclaration d'accident de travail, en triple exemplaire, à la caisse locale de maladie compétente pour le lieu de votre détachement ou, si une telle caisse n'existe pas, à la caisse agricole compétente pour ce lieu ou, en cas d'accident dans les mines, à la caisse d'assurance des mineurs compétente pour ce lieu.

Si votre employeur ou son représentant n'a pas fait cette déclaration, vous pouvez la faire vous-même.

En ce qui concerne les prestations que vous pouvez obtenir et les formalités à accomplir, consultez le n° I, B.

FRANCE

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies par la *caisse primaire de sécurité sociale* du lieu où vous êtes détaché.

Son adresse pourra vous être communiquée par le service social de la mairie.

B. Prestations et formalités à accomplir

a) Soins médicaux

Si vous avez besoin de soins médicaux, vous devez vous adresser le plus tôt possible à la caisse primaire de sécurité sociale sus-mentionnée et y présenter le formulaire E 1 (E 2 ou E 6).

La caisse vous remettra une feuille de maladie (ou de soins dentaires) en usage en France, qui servira pour l'acquit des honoraires du médecin ou du dentiste et les frais de pharmacie.

Muni de cette feuille de soins, vous pouvez aller trouver le médecin ou le dentiste de votre choix. Vous le payez directement; vous serez ensuite remboursé par la caisse.

Si vous avez besoin de soins médicaux urgents, au point de ne pas pouvoir vous rendre d'abord à la caisse primaire de sécurité sociale, vous devez présenter au médecin votre formulaire E 1 (E 2 ou E 6) et lui demander de

vous remettre une feuille de maladie pour pouvoir vous faire rembourser par la caisse (s'il ne dispose pas de cet imprimé, il faudra que vous le réclamiez ensuite à la caisse et que vous demandiez à ce médecin d'y porter les indications nécessaires).

b) Médicaments

En ce qui concerne les médicaments, les règlements de la sécurité sociale française prescrivent que les vignettes contenues dans les emballages des spécialités pharmaceutiques doivent être collées par le malade sur l'ordonnance médicale à présenter à la caisse au moment du remboursement. A défaut de cette formalité, les spécialités pharmaceutiques ne sont pas remboursées.

Le prix des médicaments est porté par le pharmacien sur la feuille de maladie.

c) Remboursement des frais

Pour obtenir le remboursement de vos dépenses, vous présentez à la caisse primaire compétente la feuille de maladie et l'ordonnance médicale.

La caisse vous remboursera vos dépenses concernant les soins sur la base de 80 % des tarifs officiels pratiqués en France par les caisses. Le taux de remboursement des médicaments varie de 70 à 90 %.

d) Hospitalisation

Si vous devez entrer à l'hôpital, la caisse doit en être avertie. Vous devez également informer l'hôpital que vous êtes assuré social.

La caisse se charge de verser directement à l'hôpital la part qui lui incombe (80 %); vous n'aurez donc que votre participation personnelle à régler (20 %).

Vous pouvez être exonéré de cette participation si vous subissez une opération chirurgicale importante ou s'il s'agit d'un accouchement.

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Ce sont les mêmes institutions qu'en cas de maladie ou de maternité: voir sub I, A.

B. Prestations et formalités à accomplir

Si vous êtes victime d'un accident du travail en France, votre employeur ou son représentant doit, dans les 48 heures, adresser à la caisse primaire de sécurité sociale une déclaration d'accident, en double exemplaire. Si votre employeur ou son représentant n'a pas fait cette déclaration, vous pouvez la faire vous-même après ce délai. Vous devez demander à votre employeur ou à son représentant une feuille d'accident.

La gratuité est complète pour tous les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, etc. Ces frais sont réglés directement par votre caisse primaire et vous n'avez pas à en faire l'avance ni au médecin ni au pharmacien.

ITALIE

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont accordées par l'*Institut national d'assurance maladie* (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, I.N.A.M.) qui a un siège dans chaque chef-lieu de province et des sections dans la plupart des communes.

Pour connaître l'adresse des sièges de l'I.N.A.M., il suffit de s'adresser à n'importe quel fonctionnaire ou même à n'importe quel habitant du lieu de séjour.

Dans les provinces de Trente et de Bolzano, les prestations sont accordées par les caisses mutuelles, qui remplacent l'I.N.A.M.

B. Prestations et formalités à accomplir

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le travailleur doit se présenter à la section territoriale locale de l'I.N.A.M. et se faire délivrer, sur présentation du formulaire E 1 (ou du formulaire E 2 ou E 6), la carte spéciale qui lui donnera le bénéfice gratuit de l'assistance médicale, pharmaceutique et hospitalière.

a) Soins médicaux

Les soins médicaux généraux et spéciaux sont donnés par les médecins agréés de l'I.N.A.M.; on doit donc

choisir le médecin dont on demande les soins uniquement parmi ceux qui sont inscrits sur une liste spéciale; on peut consulter cette liste à la section territoriale.

Les examens médicaux sont effectués au cabinet du médecin ou au domicile du patient, selon l'état physique de celui-ci.

b) Médicaments

Les médicaments peuvent s'obtenir librement dans n'importe quelle pharmacie de province sur présentation de l'ordonnance médicale et de la carte délivrée par l'I.N.A.M.

Cependant, pour certaines spécialités pharmaceutiques, il est prévu une intervention partielle du client; cette intervention doit être payée directement à la pharmacie au moment de l'exécution de l'ordonnance. Dans ce cas, l'intéressé peut demander au pharmacien d'être autorisé à consulter le tarif où est indiqué le taux d'intervention.

c) Hospitalisation

Quand le patient doit être hospitalisé, il y a lieu de présenter à la section de l'I.N.A.M. le certificat du médecin traitant qui atteste la nécessité de l'hospitalisation. La section territoriale délivre à l'intéressé le permis d'hospitalisation qui devra être présenté lors de l'entrée dans l'établissement.

Il importe de noter que l'établissement hospitalier doit être choisi uniquement parmi les établissements agréés et dans les limites de la circonscription territoriale où

le travailleur séjourne. La liste des établissements agréés peut être consultée à la section de l'I.N.A.M.

En cas d'urgence, le patient peut être hospitalisé même sans accord préalable de l'I.N.A.M., mais uniquement dans les hôpitaux publics. Il suffit de présenter, au moment de l'entrée en hôpital, la carte délivrée au travailleur par la section territoriale et, à défaut de cette carte, le formulaire E 1 (ou le formulaire E 2 ou bien encore le formulaire E 6), en signalant sa qualité d'assuré étranger.

L'hôpital et l'intéressé devront veiller à porter l'hospitalisation à la connaissance de l'Institut dans les trois jours.

Les soins de santé énumérés ci-dessus sont accordés aux assurés et aux membres de leur famille pour une durée de 180 jours par an au plus.

d) Appareils de prothèse et assistance complémentaire

Les appareils de prothèse et les traitements complémentaires (notamment les traitements hydrothérapiques, les cures thermales, etc.) sont accordés par l'I.N.A.M. moyennant l'accord préalable de l'Institut auprès duquel le travailleur est assuré contre la maladie. L'autorisation est demandée directement par l'I.N.A.M.

II. TUBERCULOSE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations peuvent être accordées par les sièges provinciaux et les bureaux locaux de l'Institut national

de la prévoyance sociale (Istituto nazionale della previdenza sociale, I.N.P.S.).

Pour connaître l'adresse des sièges de l'I.N.P.S., il suffit de s'adresser à n'importe quel fonctionnaire ou même à n'importe quel habitant du lieu de séjour.

B. Prestations et formalités à accomplir

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le travailleur doit présenter au siège provincial de l'I.N.P.S. le formulaire E 1 (ou le formulaire E 2 ou bien encore le formulaire E 6).

Si l'Institut constate que la tuberculose est dans sa phase active, il se chargera de fournir gratuitement à l'intéressé, sans aucune formalité à accomplir par celui-ci, tous les soins médicaux nécessaires, à l'intervention de ses propres cabinets médicaux et de ses médecins agréés.

Dans des cas exceptionnels, par exemple lorsque le travailleur se trouve dans une localité où il n'y a pas de cabinet de l'I.N.P.S. et qu'il lui est impossible de se rendre à celui de la localité voisine, l'I.N.P.S. pourra l'autoriser à se faire soigner à ses propres frais. Dans ce cas, l'intéressé devra, à la fin du traitement ou avant de rentrer dans son pays d'occupation, présenter à l'I.N.P.S., pour remboursement, la facture acquittée de toutes les dépenses faites. Cependant, le remboursement est limité aux montants prévus par l'Institut pour les personnes soignées directement à son intervention. Tous les traitements sont accordés sans limitation de durée.

L'hospitalisation et la fourniture des appareils de prothèse sont subordonnées à l'autorisation de l'institution auprès de laquelle le travailleur est assuré. Cette autorisation est demandée directement par l'I.N.P.S.

III. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont accordées par les sièges provinciaux et les bureaux locaux de l'*Institut national d'assurance contre les accidents du travail* (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, I.N.A.I.L.).

L'adresse du siège provincial ou du bureau local de l'I.N.A.I.L. peut être fournie par n'importe quel fonctionnaire ou même n'importe quel habitant du lieu de séjour.

B. Prestations et formalités à accomplir

Si vous êtes victime d'un accident du travail en Italie, pour pouvoir bénéficier des prestations, vous devrez vous rendre à la section territoriale de l'I.N.A.I.L. et présenter le formulaire E 1 (ou le formulaire E 2 en cas de prolongation de détachement ou bien encore le formulaire E 6).

Sans autre formalité à remplir par l'intéressé, l'Institut lui fournira directement et gratuitement tous les soins qui peuvent être donnés dans ses cabinets et par ses médecins.

Les médicaments peuvent être fournis par l'Institut ou achetés directement par l'intéressé. Dans ce dernier cas, celui-ci pourra même demander le remboursement des dépenses assumées pour chaque achat en particulier. Il devra présenter à cette fin les ordonnances délivrées par le médecin de l'I.N.A.I.L. et sur lesquelles le pharmacien qui a fourni les médicaments aura indiqué la somme payée et apposé son cachet.

Le séjour à l'hôpital ou dans un centre de traumatologie ainsi que la fourniture d'appareils de prothèse ne sont accordés que moyennant l'autorisation préalable de l'Institut auprès duquel le travailleur est assuré contre les accidents du travail. L'autorisation est demandée directement par l'I.N.A.I.L.

En cas d'urgence absolue, l'hospitalisation ou les appareils de prothèse sont accordés sans cette autorisation.

Tous les soins sont accordés sans limitation de durée.

LUXEMBOURG

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies par les caisses régionales de maladie, qui sont au nombre de trois, soit:

1. *la caisse régionale de maladie de Diekirch* avec ses agences à Clervaux, Redange-sur-Attert et Wiltz,

2. *la caisse régionale de maladie de Grevenmacher* avec ses agences à Echternach et Remich,

3. *la caisse régionale de maladie de Luxembourg* avec ses agences à Bettembourg, Capellen, Differdange, Dudelange, Esch-sur-Alzette, Larochette, Mersch, Pétange, Rumelange et Steinfort.

La caisse ou l'agence la plus proche du lieu de séjour temporaire est chargée du service des prestations.

B. Prestations et formalités à accomplir

Sur présentation du formulaire E 6 (E 1 ou E 2), la caisse de maladie délivrera un certificat au nom du malade attestant son droit au traitement médical conformément aux conditions prévues par la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie-maternité.

Les ayants droit peuvent s'adresser au médecin, médecin-dentiste, pharmacien, auxiliaire médical ou à la sage-femme de leur choix, à condition que ceux-ci soient admis à l'exercice de l'art de guérir dans le Grand-Duché.

Certaines prestations sont soumises à autorisation préalable; pour l'octroi de ces prestations, l'ayant droit doit donc présenter à la caisse de maladie un certificat du médecin traitant attestant la nécessité de cette prestation. Il s'agit notamment de l'hospitalisation, des interventions chirurgicales, des examens radiologiques, de certains examens de laboratoire, etc.

En principe, il appartient au malade de régler les honoraires médicaux, etc. et de s'adresser à la caisse de maladie pour en obtenir le remboursement, compte tenu des taux statutaires de remboursement et du montant de la participation personnelle à charge de l'ayant droit.

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies:

1. par l'*Association d'assurance contre les accidents, section agricole*, Luxembourg, 1, rue Zithe, s'il s'agit de travailleurs agricoles,

2. dans tous les autres cas, par l'*Association d'assurance contre les accidents, section industrielle*, Luxembourg, 1, rue Zithe.

B. Prestations et formalités à remplir

La déclaration d'accident est à remplir en double exemplaire par l'employeur ou son représentant dans le

Grand-Duché et par le médecin traitant; les deux exemplaires sont à remettre à l'Association d'assurance contre les accidents désignée ci-dessus sub A.

Sur présentation du formulaire E 6 (E 1 ou E 2), l'Association d'assurance contre les accidents délivrera une attestation de prise en charge qui est à remettre au médecin et, le cas échéant, au pharmacien, à l'hôpital, etc.

Les prestations sont payées directement par l'Association d'assurance contre les accidents aux fournisseurs de soins.

PAYS-BAS

I. MALADIE - MATERNITE

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

1) *Prestations en nature* (soins de santé, y compris l'hospitalisation)

Les prestations sont servies par :

— l'*Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds* (Mutualité générale néerlandaise de maladie), 56, Kromme Nieuwe Gracht, Utrecht, ou

— l'*Algemeen Ziekenfonds* (Caisse générale de maladie) représentée dans votre localité de séjour.

2) *Prestations en espèces*

Pour obtenir des prestations en espèces de la part de l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré, adressez-vous à la *Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging* (Nouvelle association professionnelle) qui a des bureaux de district et des bureaux auxiliaires (G.A.K.) dans les principales localités.

B. Prestations et formalités à accomplir

Vous pouvez consulter n'importe quel médecin ou dentiste de votre choix, pourvu qu'il soit agréé par une caisse de maladie. Vous devrez lui prouver votre qualité d'assuré en lui présentant votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2).

Les soins des spécialistes ne sont accordés que sur ordonnance d'un médecin de médecine générale; vous devrez donc d'abord, le cas échéant, consulter celui-ci avant de vous adresser à un spécialiste.

Les honoraires des médecins, spécialistes, dentistes sont en général réglés directement par la caisse de maladie.

La fourniture des médicaments est assurée, sur ordonnance du médecin ou du spécialiste, par un pharmacien ou le médecin consulté s'il tient une officine.

Pour être admis dans un établissement hospitalier, il y a lieu de demander préalablement l'autorisation de l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds, à Utrecht, ou d'une caisse de maladie représentée dans votre localité de séjour. En cas d'urgence, l'autorisation doit être demandée dans les deux jours (dimanches et jours fériés non compris). Généralement le médecin se charge de la demande; informez-vous auprès de lui à ce sujet.

Votre formulaire E 6 (E 1 ou E 2) devra être présenté.

II. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. Institutions du lieu de séjour qui accordent les prestations

Les prestations sont servies par:

— soit la *Sociale Verzekeringsbank* (Banque des assurances sociales), à Amsterdam;

— soit, si vous êtes occupé dans l'agriculture ou l'horticulture, la *Bedrijfsvereniging voor ongevallenverzekering*

voor het agrarisch bedrijf (Association professionnelle d'assurance-accidents pour le secteur agricole), 5, Tobias Asserlaan, à La Haye, ou la *Bedrijfsvereniging voor ongevallenverzekering voor het zuivelbedrijf* (Association professionnelle d'assurance-accidents pour le secteur des produits laitiers), 1, Bos- en Lommerplantsoen, à Amsterdam.

B. Prestations et formalités à accomplir

Si vous êtes victime d'un accident aux Pays-Bas, votre employeur ou son représentant local doit, dans les 24 heures à compter du moment où vous avez reçu les soins médicaux, et en tout état de cause dans les 48 heures à compter du moment où les suites de votre accident ont nécessité des soins médicaux, notifier les faits en déposant au bureau de poste de la localité une déclaration d'accident en double exemplaire. En cas d'absence de votre employeur ou de son représentant, vous devez vous charger vous-même de faire cette déclaration.

Pour les soins médicaux urgents, vous pouvez consulter n'importe quel médecin (qui indiquera sur le formulaire de déclaration d'accident sa prescription).

Vous ne pouvez obtenir les soins d'un spécialiste qu'après avoir obtenu l'autorisation du médecin de contrôle de l'institution mentionnée sub A.

Pour être hospitalisé, il est également nécessaire, sauf en cas d'urgence absolue, que vous obteniez une autorisation préalable du médecin de contrôle.

SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
8008*1/III/1961/5