

La couverture d'assurance maladie des conjoints des affiliés du RCAM

Du régime primaire au régime de la complémentarité

Le terme « conjoint » dans ce document inclut également le « partenaire reconnu ».

Seuls les textes légaux et réglementaires font foi (voir extraits en Annexe)

Sommaire

1. Présentation

2. Annexes

A. Le protocole sur les privilèges et immunités des communautés européennes qui fonde dans son art. 14 le régime d'assurance maladie (RCAM) ajouté sous le N° 7 au traité de Lisbonne¹

B. Le Statut et son article 72.1 & 2

C. La Règlementation commune (RC) et notamment les articles 13 et 14.

D. Les Dispositions générales d'exécution (DGE)

Titre I Droits d'affiliation « ... » Chapitre 2 — Dispositions relatives aux assurés du chef des affiliés & Titre III Procédure « ... » Chapitre 3 — Règles d'application de la complémentarité

E. Couverture du conjoint/partenaire reconnu de l'affilié du RCAM

Note administrative N° 19-2015/05.06.2015

Extraits de Myintracomm « pensionnés »

F. Le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971

G. Règlement (CE) no 883/2004 — sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Ce règlement établit entre autre que les bénéficiaires sont couverts par la législation d'un seul pays et paient des primes dans ce pays. Les organismes administrant la sécurité sociale décident de la juridiction dont ils relèvent (*principe de l'unicité de la législation applicable*). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=URISERV%3Ac10521>

H. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

1.1. Contexte

Après 25 années de silence sur la complémentarité, sans préavis, les bureaux Liquidateurs du RCAM/PMO en mars et avril 2015 ont envoyé à certains affiliés au Régime commun d'assurance maladie (RCAM), une lettre concernant leurs conjoints supposés pouvoir disposer d'une assurance maladie primaire nationale à l'âge de la retraite. Cette lettre

¹ La loi européenne établit le régime des prestations sociales applicables aux fonctionnaires et autres agents de l'Union. Elle est adoptée après consultation des institutions concernées. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:310:0261:0266:FR:PDF>

constituait une sorte de mise en demeure exigeant une réponse de l'affilié dans des délais très rapprochés fixés par le bureau central du RCAM, sous peine de perdre ses droits pour son conjoint. Envoyées sans information préalable ni préavis, ces lettres ont soulevé des questions et des réactions d'inquiétude justifiées de la part d'affiliés surpris de la nouvelle procédure pour le moins maladroite sinon abusive. Après intervention de l'AIACE, la seule concession du PMO a été de reconnaître la mauvaise coordination et organisation de l'opération et son report à juin 2015 pour une date d'effet au 1^{er} juillet 2015.

Une note administrative, une nouvelle lettre signée par le directeur du PMO et d'autres documents ont été envoyés par courrier aux affiliés pensionnés ayant des conjoints bénéficiaires de 65 ans ou plus début juillet 2015. L'AIACE Be a été informé par ses adhérents de premières décisions prises rétroactivement au 1^{er} juillet 2015 par les chefs de bureau liquidateur, d'exclusion de conjoint du régime primaire et ce sans aucune vérification de la continuité de l'assurance sociale des intéressés.

Ce dossier peut aider les affiliés concernés à gérer leur nouvelle situation.

1.2. Explications & Commentaires

- Une nouvelle note administrative rappelant l'obligation statutaire aux affiliés et ses règlements d'application se trouve sur le site pour les actifs depuis le 6 juin 2015.
- Cette même note, avec une lettre d'accompagnement, un formulaire et des explications sur les nouveaux examens préventifs ont été envoyés début juillet 2015, semble-t-il, aux seuls pensionnés.
- L'affilié est censé connaître le statut et ses règles d'application qui prévoient qu'un affilié est tenu de déclarer au PMO – selon les textes légaux en annexe — le montant de la pension dont son conjoint pourrait bénéficier à l'âge légal de la retraite.
- Aucun texte réglementaire et statutaire ne prévoit donc que l'affilié doit prouver que son conjoint ne perçoit pas de pension.
- Chaque affilié pensionné ou actif est responsable de ses déclarations au sujet de son conjoint comme le rappelle justement la note administrative. Des sanctions administratives en cas de non-respect des règles sont prévues dans les règlements et le statut.
- Pourtant, une déclaration sur l'honneur annoncée dans la lettre sous la rubrique de la continuité de la couverture en complémentarité, en remplacement de l'absence d'une déclaration de revenu du conjoint, prévoit étrangement une demande de la continuité de la couverture primaire !
- Depuis 1991 et jusqu'en 2013, les informations administratives annuelles mentionnaient : « si votre conjoint/partenaire reconnu est déjà enregistré auprès du RCAM comme n'ayant aucun revenu d'origine professionnelle, ni pension, ni allocation (chômage, invalidité etc...), vous ne devez rien faire ». Ce n'est qu'en 2014 et 2015 que ce paragraphe a été supprimé.
- En fonction des critères décrits au point 1.4 ci-après, l'affilié doit veiller à ce que son conjoint percevant la pension d'origine professionnelle s'affilie au régime légal et réglementaire d'assurance maladie nationale qui en résulte (consulter éventuellement le portail europa: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=851&langId=fr>)
- Le cas le plus fréquent visé par le PMO/RCAM est celui d'un conjoint qui a travaillé pendant quelques années dans un des pays de l'UE qui pourrait bénéficier d'une pension nationale à l'âge de la retraite. Il était précédemment reconnu par une institution ou un

organe en tant que « bénéficiaire ayant droit » du régime primaire d'un affilié couvert par le RCAM.

- Réglementairement, cette pension équivaut à un revenu professionnel.
- L'option de renoncer à la pension du conjoint existe.
- La légalité de l'article 14 de la Réglementation Commune devrait être vérifiée. En effet il a été décidé en 1991 et prorogé en 2005, bien avant le **Règlement (CE) no 883/2004 — sur la coordination des systèmes de sécurité sociale** et d'autres les directives sur les soins de santé dans l'UE et notamment sur le fait qu'un citoyen de l'UE ne peut bénéficier que d'un seul régime (annexes G et H). La situation sera probablement éclaircie en 2016 ou 2017 suite à un recours gagné par un résident² non assuré en FR mais auquel l'Etat FR a fait payer les contributions de la sécurité sociale (CSG).

1.3. La complémentarité

- Dès qu'un affilié déclare au PMO que son conjoint perçoit une retraite d'origine professionnelle, il est tenu de respecter les DGE en la matière et doit s'attendre à la suppression de la couverture primaire, sauf les cas décrit ci-dessous :
 - ✚ Le conjoint d'un affilié perdant son régime primaire pour les raisons décrites ci-dessus peut bénéficier de la couverture complémentaire du RCAM à condition que ses revenus annuels avant déduction d'impôt ne dépassent pas le traitement de base d'un AST2/1 (37196,28 euros + éventuel CC du pays) et qu'il soit couvert par un régime d'assurance maladie pour l'ensemble des prestations garanties par le RCAM.
 - ✚ Le RCAM jusqu'à maintenant n'est pas reconnu par les EM comme un régime primaire d'assurance maladie légale et réglementaire³, notamment pour les conjoints pouvant bénéficier d'autres régimes nationaux reconnus (statut art. 72-1, annexe B et article 14 de la Réglementation Commune — (RC) annexe C).
 - ✚ Les 28 régimes nationaux publics diffèrent fortement les uns des autres, donc la mise en œuvre de la complémentarité du RCAM varie fortement en fonction de leur nature légale et réglementaire dans chaque E.M de l'UE.
 - ✚ De nombreux arrêts ont été rendus en la matière par les tribunaux de la Cour de justice européenne et influencent la pratique du PMO.
 - ✚ Dans les Dispositions générales d'exécution (DGE) – extraits en annexe D), on entend par couverture globale contre les mêmes risques, la couverture offrant les mêmes prestations que celles énoncées à l'article 1 de la Réglementation Commune.
 - ✚ Tout changement intervenant dans la situation du conjoint, doit être immédiatement signalé par tout moyen écrit à la fois au Bureau liquidateur compétent et à l'AIPN/AHCC compétente.
 - ✚ Le RCAM pour le conjoint concerné intervient dans le remboursement des prestations en complémentarité, pour autant que les procédures du régime primaire national aient été préalablement respectées partout au sein de l'UE.

² Arrêt De Ruyter de la CJDE, citoyen néerlandais résidant en France, mais affilié à la Sécurité sociale des Pays Bas qui était soumis aux PSF sur ses revenus du patrimoine... alors qu'il ne bénéficiait pas de la Sécurité sociale française.

³ voir ci-dessus en 1.2 dernière puce

1.4. Couverture primaire du conjoint au RCAM

Elle est maintenue si :

- le conjoint bénéficie de revenus d'origine professionnelle — une pension — d'un montant annuel inférieur à 20 % du traitement de base annuel du grade AST2/1 (au 1^{er} juillet 2015 : 3.099,69 x 12 = 37196,28 euros ; 20 % = 7439,26 euros par an et 619,93 euros par mois [attention Coefficient Correcteur applicable et taux de change hors zone euro], pour autant qu'il apporte la preuve de l'impossibilité d'être couvert par un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire du pays de résidence où bien de celui où l'activité a été exercée ; la couverture primaire obtenue dans ces conditions est revue chaque année ;
- une période probatoire est exigée par un régime de sécurité sociale nationale durant laquelle le versement de cotisation ne donne droit à aucun remboursement durant cette période ;
- le conjoint ne peut pas s'affilier à un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire ou si le montant des primes pour souscrire l'assurance maladie s'élève à au moins 20 % des revenus d'origine professionnelle — pension;

1.5. Dialogue social avec le PMO.

Il a été quasiment inexistant pour tout ce qui touche aux changements d'application des règles depuis presque deux ans et en particulier sur la dernière initiative des bureaux liquidateurs pour l'envoi des lettres susmentionnées.

Depuis le début de l'année 2015, l'AIACE INT. a présenté plusieurs fois au PMO les problèmes rencontrés par les anciens et notamment par les plus âgés et malades. La seule concession a été de retarder l'application des règles au 1^{er} juillet 2015 et d'annoncer la sortie d'une information administrative formelle ainsi que d'exclure temporairement les affiliés de plus de 75 ans. L'information est sortie avec une lettre du directeur du PMO et une déclaration sur l'honneur qui contredit le libellé de la lettre. Tous les pensionnés concernés sans exception sont désormais tenus de respecter cette règle administrative.

1.6. L'information

Le PMO/RCAM applique strictement les règles existantes sans expliquer préalablement le changement de comportement administratif. D'une façon générale, la validité des informations administratives concernant le RCAM est confuse et l'information sur leur existence parvient mal aux pensionnés. Les informations informelles existent et parviennent aux pensionnés par l'Intranet et les nouvelles de la DG HR de la Commission, ainsi que par l'insertion du PMO dans le VOX ; sur MyIntracomm pour les anciens, l'information n'est pas très accessible et souvent peu pertinente, voire dépassée et ne semble pas parvenir de la même façon dans les institutions et organes de l'UE. Le nouveau Info Senior a donné des informations biaisées voire illégales comme à la page 3 en bas du NR 7 de juillet septembre 2015: « *Déclarer les revenus 2014 du conjoint* »

1.7. Conclusions

- Le PMO/RCAM a décidé d'appliquer ces règles sans délai aux anciens après les avoir ignorées pendant 25 ans pour les pensionnés en vertu d'un accord tacite syndicats/institutions avant la création du PMO [depuis les années 90].
- Le PMO/RCAM ne se pose pas la question sur la réglementation existante [ci-jointe en annexes A, B, C et E] qui est extrêmement compliquée, voire inextricable, pour des pensionnés expatriés depuis plusieurs décennies souvent sans contact et référence dans le pays d'origine.

- Le PMO/RCAM ne différencie pas les situations souvent très compliquées des affiliés pensionnés, la plupart du temps imbriquées dans des contextes nationaux complexes et différents d'un État membre à l'autre (employé dans plusieurs pays et sous différents régimes de sécurité sociale légaux ou privés, voire internationaux, transfert dans des pays différents de celui du régime de sécurité sociale acquis avec la pension, etc.).
- Le PMO/RCAM retire automatiquement la couverture primaire d'assurance maladie pourtant régie par une loi européenne, sans s'assurer que le conjoint concerné d'un affilié est bien couvert par ailleurs, ce qui constitue une atteinte à un droit social fondamental inaliénable.
- Le PMO/RCAM prend ces décisions extrêmement graves pour des personnes âgées sans aucun préavis, le plus souvent ex post et à un niveau subalterne administratif n'impliquant aucune AIPN des institutions.
- Le PMO/RCAM encadre ce changement administratif dans sa nouvelle politique d'économie de « gestion plus rigoureuse » censée réduire, voire supprimer le déficit financier du régime existant depuis 2009. Les nombreux témoignages des affiliés et les données statistiques notamment celles de 2013 et 2014 prouvent que ce sont les anciens qui en paient injustement le prix fort après avoir cotisé pendant des années au régime.
- Le PMO/RCAM ne tient aucun compte de la situation sociale et économique des affiliés et de leur conjoint, même de ceux bénéficiant de petites pensions, très âgés et/ou malades ou encore dans des situations rassemblant toute la complexité de la non Europe médicale.
- Le PMO/RCAM ignore les problèmes médicaux que ces changements d'assurance peuvent provoquer pour les conjoints d'anciens fonctionnaires qui se sont conformés au statut pour servir les institutions et organes de l'UE.
- Le PMO/RCAM vient d'élargir l'application de la complémentarité à la médecine préventive après 24 ans, ce qui est un nouveau mauvais coup de plus pour de nombreux conjoints d'anciens. La conséquence sera que probablement beaucoup de conjoints renonceront, mais il s'agit d'un mauvais calcul, car à terme, faute de prévention la dernière maladie coutera plus cher à la caisse maladie qu'un des examens préventifs bi annuel effectué en primaire. Enfin cette décision comme celle de la Complémentarité charge indirectement les budgets nationaux de la sécurité sociale ce qui augmente la charge publique des citoyens de l'UE alors qu'il n'y a pas de diminution de la contribution des EM au RCAM en contrepartie.

L'AIACE BE demande:

- que la suppression d'un droit aussi fondamental que l'assurance sociale maladie régie par une loi européenne ne puisse être remise en cause au niveau administratif d'un Office subordonné à la Commission européenne et de plus sans aucune vérification de la continuité de ce droit ;
- qu'un moratoire et des délais ad hoc soient offerts aux affiliés pour respecter les obligations réglementaires compte tenu de la complexité et de la longue période passée de 25 ans de carence administrative;
- que la procédure soit appliquée avec discernement et souplesse en fonction notamment de certains cas complexes et/ou sociaux rencontrés chez les anciens très âgés et/ou malades ;
- que la déclaration sur l'honneur, par ailleurs superflue, ne soit pas imposée après des années à des affiliés anciens de l'UE celle-ci n'étant d'ailleurs mentionnée dans aucune réglementation ni dans aucune note administrative concernant le RCAM.
- que la fin du régime primaire n'intervienne qu'après vérification que tous les anciens concernés qui doivent affronter des complications administratives nationales au plus

mauvais moment de leur vie, souvent très âgés et malades, ont retrouvé une assurance nationale sans conséquences importantes;

- que le PMO/RCAM soit plus proactif sur le soutien qu'il apporte aux affiliés qui le demandent notamment pour le cas échéant intervenir auprès des autorités nationales ;
- que les dépenses de gestion complexes et d'expertise des situations nationales du RCAM soient prises en considération dans le rapport efficacité/coût du PMO par la reprise de l'application de l'article 13 et 14 de la RC en 2015.
- que les services compétents de la Commission vérifient la légalité de notre législation au regard du règlement 883/2004 fixant le principe « *de l'unicité de la législation applicable* », tant pour les assurés en primaire que pour les conjoints en complémentarité.

2. Annexes

La couverture d'assurance maladie des conjoints des affiliés du RCAM Du régime primaire au régime de la complémentarité Conditions d'affiliation et d'application de la complémentarité

A. Le protocole sur les privilèges et immunités des communautés européennes qui fonde dans son art. 14 le régime d'assurance maladie (RCAM) ajouté sous le N° 7 au traité de Lisbonne⁴

Depuis la création des institutions européennes dans les années 50, il était évident que la diversification des régimes sociaux dans les 6 premiers EM d'origine et à fortiori dans les 28 actuels rendait nécessaire l'établissement d'un régime de sécurité sociale commun pour les fonctionnaires les autres agents et les pensionnés des institutions européennes (voir l'article de Ludwig Schubert sur les branches de la sécurité sociale dans le VOX 99 pages 17 à 20).

B. Le STATUT

L'article 72 dispose :

« 1. Dans la limite de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les institutions des Communautés après avis du comité du statut, le fonctionnaire, **son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires, ses enfants et les autres personnes à sa charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII, sont couverts contre les risques de maladie.** Ce taux est relevé à 85 % pour les prestations suivantes : consultations et visites, interventions chirurgicales, hospitalisation, produits pharmaceutiques, radiologie, analyses, examens de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires. Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73.

... »

2. Le fonctionnaire resté au service des Communautés jusqu'à l'âge de la retraite ou titulaire d'une allocation d'invalidité bénéficie après la cessation de ses fonctions des dispositions prévues au paragraphe 1. La contribution est calculée sur la base de la pension ou de l'allocation. ... »

⁴ La loi européenne établit le régime des prestations sociales applicables aux fonctionnaires et autres agents de l'Union. Elle est adoptée après consultation des institutions concernées.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:310:0261:0266:FR:PDF>

C. RÉGLEMENTATION COMMUNE (RC)

Relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne

« ... »

vu le commun accord des institutions des Communautés européennes

A ARRÊTÉ LA PRÉSENTE RÉGLEMENTATION :

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

TITRE I

OBJET

Article premier

En application de l'article 72 du Statut, il est institué un Régime d'assurance maladie commun aux institutions des Communautés européennes (RCAM). Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente Réglementation et dans les dispositions générales d'exécution adoptées sur la base de son article 52, le remboursement des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que le versement d'une indemnité de frais funéraires.⁵

Les bénéficiaires sont les affiliés et les personnes assurées de leur chef.

Les références faites aux institutions dans la présente Réglementation s'entendent également comme faites aux agences communautaires.

TITRE II

LES AFFILIÉS

CHAPITRE 1

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 2

Affiliation

a) Sont affiliés au présent régime :

« ... »

- les anciens fonctionnaires, agents temporaires, bénéficiaires d'une pension d'ancienneté,
- les anciens agents contractuels bénéficiaires d'une pension d'ancienneté à condition d'avoir été employés pendant plus de trois ans en qualité d'agent contractuel,
- les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une allocation d'invalidité,

« ... »

TITRE III

LES ASSURÉS DU CHEF DES AFFILIÉS

CHAPITRE 1

LE CONJOINT ET LE PARTENAIRE RECONNU

Article 12

Assurés

Sont assurés du chef de l'affilié, suivant les conditions fixées aux articles 13 et 14 :

- le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au présent régime,
- le partenaire reconnu de l'affilié même si la condition prévue à l'article 1^{er}, paragraphe 2, point c), sous iv), de l'annexe VII du Statut n'est pas remplie,

⁵ La présente réglementation a été arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

- le conjoint ou le partenaire reconnu, en situation de congé de convenance personnelle telle que prévue au Statut.

Article 13

Couverture primaire

L'assuré est couvert à titre primaire par le présent régime s'il ne dispose pas de revenus propres d'origine professionnelle ou si le niveau trop faible de ces derniers ne lui permet pas d'être couvert par un autre régime obligatoire d'assurance maladie légale ou réglementaire. Sont considérés comme revenus d'origine professionnelle, tous salaires, traitements, honoraires, émoluments, allocations, indemnités ou pensions découlant d'une activité professionnelle présente ou antérieure, à l'exclusion des allocations ou indemnités pour frais.

Article 14

Couverture complémentaire

1. Si l'assuré dispose de revenus d'origine professionnelle, il peut être couvert à titre complémentaire par le présent régime à condition :
 - que ses revenus annuels imposables, avant déduction de l'impôt et après déduction des cotisations sociales et des frais professionnels, ne soient pas supérieurs au traitement de base d'un fonctionnaire de grade 2 au premier échelon₁ affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus,
 - et qu'il soit couvert globalement contre les mêmes risques en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires.
2. Afin que l'assuré puisse continuer de bénéficier de la couverture complémentaire du présent régime, l'affilié est tenu de fournir chaque année avant la fin du premier semestre, la preuve des revenus perçus par son conjoint ou son partenaire reconnu, au titre de l'année fiscale ou calendrier précédent.
3. L'affilié est tenu de signaler tout changement intervenu dans la situation professionnelle de son conjoint ou de son partenaire reconnu pouvant entraîner d'éventuelles modifications dans les droits à couverture au titre du présent régime.

Article 15

Divorce — fin de partenariat

1. Le conjoint divorcé d'un affilié ou son partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut être couvert par le présent régime pendant une période maximale de douze mois à compter de la date officielle du divorce ou de la rupture du partenariat et à condition de ne pas exercer une activité professionnelle lucrative.
2. En cas de décès de l'affilié, si le partenaire reconnu, assuré de son chef, ne peut bénéficier d'une pension de survie, il reste couvert au titre du présent régime dans les conditions prévues au paragraphe 1.

D. DÉCISION DE LA COMMISSION du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux (DGE)

« »

Titre I Droits d'affiliation

« »

Chapitre 2 — Dispositions relatives aux assurés du chef des affiliés

1. RECONNAISSANCE DU PARTENARIAT — ARTICLE 12 —

Dans le cas où le partenariat n'est pas reconnu pour le bénéfice de l'allocation de foyer, mais qu'il peut l'être au titre de l'assurance maladie en application de l'article 72 §1 2d alinéa, l'affilié est tenu d'introduire une demande de couverture auprès de son Bureau liquidateur, accompagnée d'un document attestant officiellement le statut de partenaire non matrimonial.

2. COUVERTURE PRIMAIRE DU CONJOINT OU PARTENAIRE RECONNU — ARTICLE 13

2.1. Si le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficie de revenus d'origine professionnelle d'un montant annuel inférieur à 20 % du traitement de base annuel du grade AST2/1, il peut être couvert à titre primaire par le RCAM pour autant qu'il apporte la preuve de l'impossibilité d'être couvert par un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire en vertu des dispositions législatives ou réglementaires du pays où l'activité est ou a été exercée ou du pays de résidence. Cette couverture est revue chaque année.

2.2. Si un régime de sécurité sociale nationale exige une période probatoire durant laquelle le versement de cotisation ne donne droit à aucun remboursement, le présent régime continuera à prendre en charge le conjoint ou partenaire reconnu durant cette période. 2.3. Le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficiant de revenus d'origine professionnelle peut être couvert exceptionnellement à titre primaire par le RCAM s'il ne peut pas s'affilier à un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire ou si le montant des primes pour souscrire une assurance maladie s'élève à au moins 20 % des revenus d'origine professionnelle.

3. COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DES ASSURÉS DU CHEF DE L'AFFILIÉ — ARTICLES 14 ET 16

3.1. Dispositions générales

Par couverture globale contre les mêmes risques, on entend la couverture offrant les mêmes prestations que celles énoncées à l'article 1 de la Réglementation commune. Tout changement intervenant dans la situation du conjoint, du partenaire reconnu ou des enfants à charge doit être immédiatement signalé par tout moyen écrit à la fois au Bureau liquidateur compétent et à l'AIPN/AHCC compétente.

3.2. Conjoint et partenaire reconnu (article 14)

a) En ce qui concerne la détermination des droits du conjoint/partenaire reconnu à la couverture complémentaire au régime commun, pour les pays pour lesquels n'y a pas de coefficient correcteur, le coefficient applicable est celui fixé pour la Belgique.

b) Le régime commun intervient dans le remboursement des prestations à titre de régime complémentaire pour autant que les procédures du régime primaire aient été préalablement respectées. L'assuré couvert par le RCAM à titre complémentaire est tenu d'utiliser la carte européenne d'assurance maladie ou une attestation équivalente délivrée par son régime

primaire quand il voyage dans l'Union européenne et dans les pays associés au système.

3.3. Enfants à charge pouvant bénéficier d'un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire (article 16 § 1 al. 2).

En ce qui concerne les enfants assurés à titre primaire auprès d'un autre régime légal ou réglementaire, le RCAM intervient comme régime complémentaire, mais peut intervenir comme régime primaire pour tous les soins effectués à l'étranger ou dans le cadre de la médecine privée dans les pays à prestations directes et ceci indépendamment du motif du refus d'intervention du régime primaire.

Dans ce cas, l'affilié a pour seule obligation de prouver que le régime primaire a refusé le remboursement des prestations concernées.

Une prise en charge hospitalière peut être délivrée par le RCAM pour un enfant couvert à titre complémentaire, si l'affilié apporte la preuve que le régime primaire n'accordera aucun remboursement pour les prestations concernées. »

“ ... ”

Titre III Procédures

“ ... ”

Chapitre 3 — Règles d'application de la complémentarité

1. DEFINITION

La couverture complémentaire a pour but de garantir aux assurés couverts par un régime national de sécurité sociale le même niveau de remboursement des frais médicaux que celui auquel ils auraient pu prétendre s'ils étaient affiliés à titre primaire au RCAM, sans pour autant engendrer des dépenses non justifiées pour ce régime.

Aucune prestation ne peut être remboursée au-delà de 100 % même en cas de remboursements obtenus au titre d'une assurance complémentaire privée, à moins que le caractère forfaitaire de cette assurance ne permette pas d'en effectuer le décompte.

2. BENEFICIAIRES DE LA COMPLEMENTARITE

Peuvent être assurés au titre de la complémentarité :

2.1. L'affilié(e), tel que défini à l'article 2 de la réglementation, qui a volontairement recours à une autre assurance maladie légale ou réglementaire à titre primaire ;

2.2. Le conjoint ou le partenaire reconnu de l'affilié(e) qui n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative ou ne bénéficie pas d'un revenu provenant d'une activité antérieure, mais qui peut être couvert par une autre assurance maladie légale ou réglementaire et qui fait volontairement recours à une autre assurance maladie légale ou réglementaire ;

2.3. Le conjoint ou le partenaire reconnu qui exerce une activité professionnelle lucrative ou bénéficie d'un revenu provenant d'une activité antérieure, tel que défini à l'article 13§ 2 de la réglementation, à condition que ses revenus annuels avant déduction de l'impôt soient inférieurs au traitement de base d'un fonctionnaire de grade AST2/1 affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus et qu'il soit couvert par un régime d'assurance maladie pour l'ensemble des prestations garanties par le RCAM ;

2.4. Afin de maintenir le droit à la complémentarité de son conjoint/partenaire, l'affilié est tenu d'envoyer chaque année au bureau liquidateur le dernier document probant officiel disponible établissant les revenus (tel que certificat d'imposition ou tout autre document

établi par les autorités nationales compétentes) perçus par son conjoint/partenaire avant déduction de l'impôt.

Sur base de ces documents, le droit peut alors être prolongé du 1^{er} juillet de l'année en cours jusqu'au 30 juin de l'année suivante.

Dans le cas où un conjoint/partenaire commence à percevoir un revenu d'origine professionnelle dans le courant de l'année, il est tenu compte du montant réel des revenus (avant déduction de l'impôt) perçus durant la fraction d'année, pour fixer le droit à la complémentarité à compter de la date de perception des premiers revenus. Si les revenus d'origine professionnelle du conjoint/partenaire subissent une modification quelconque dans le courant de l'année, il en est tenu compte uniquement pour fixer les droits de l'exercice suivant ;

2.5. Les enfants à charge de l'affilié(e), au sens de l'article 2 de l'annexe VII du statut, dans la mesure où le régime du conjoint ou du partenaire visé ci-dessus accepte de les couvrir à titre primaire sans cotisation supplémentaire.

3. MODALITES

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé — pour les prestations dont la liste suit — que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistant) :

- Hospitalisations et interventions chirurgicales,
- Traitements et examens en milieu hospitalier,
- Maisons de repos et de soins,
- Gardes malades,
- Cures thermales et de convalescence.

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilé ni aux enfants à charge couverts en complémentarité....

E.Note administrative (placée sur le site des actifs et distribuée sous forme papier le 30 juin 2015)

You are here: My IntraComm > Information administratives > 2015 > Couverture du conjoint/partenaire reconnu de l'affilié du RCAM

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/infoadm/fr/2015/Pages/ia15019.html>

N° 19-2015/05.06.2015


Couverture du conjoint/partenaire reconnu de l'affilié du RCAM Période de couverture du 01/07/2015 au 30/06/2016


Cette information administrative concerne les affiliés du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) dont le conjoint/partenaire reconnu bénéficie ou pourrait bénéficier de la couverture RCAM et des conditions applicables aux Articles 13 et 14 de la Réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne.

La présente information administrative vise à rappeler le cadre légal régissant et réglementant la couverture RCAM du conjoint/partenaire^[1] reconnu selon qu'il perçoit ou pas un revenu d'origine professionnelle et si oui de quel niveau.

Est considéré comme d'origine professionnelle le revenu perçu en raison d'une activité professionnelle actuelle ou passée ou d'une pension perçue en raison d'une précédente activité professionnelle. Les montants de pension versés en raison d'autres contributions que celles d'origine professionnelle ne sont pas considérés comme revenu d'origine professionnelle. De même les pensions versées exclusivement en raison de contributions autres que celles d'origine professionnelle sont exclues intégralement.


Si votre conjoint/partenaire reconnu ne perçoit pas de revenu d'origine professionnelle, il a droit à bénéficier de la couverture primaire du RCAM au même titre que vous.

Si votre conjoint/partenaire reconnu dispose d'un revenu d'origine professionnelle dépassant les plafonds repris à l'annexe 2  (par exemple, pour la Belgique, un revenu brut de 36.324,48 €, déduction faite des frais professionnels et des charges sociales), il n'a pas droit à bénéficier de la couverture RCAM.

Si votre conjoint/partenaire reconnu dispose d'un revenu d'origine professionnelle qui ne dépasse pas les plafonds repris à l'annexe 2 , il a droit d'être couvert en complémentarité.

Dans ce cas, il est tenu de s'adresser préalablement à son régime légal ou réglementaire d'assurance-maladie primaire.

Exceptionnellement, votre conjoint/partenaire reconnu peut être couvert à titre primaire par le RCAM s'il remplit une des conditions suivantes :

- si ses revenus annuels imposables d'origine professionnelle sont inférieurs à 20 % du plafond cité en annexe 2  (par exemple 7.264,90 € pour la Belgique et le Luxembourg) et s'il prouve qu'il lui est impossible de s'assurer à un régime légal ou réglementaire, ou
 - si le montant des primes pour souscrire une assurance-maladie s'élève à au moins 20 % des revenus imposables d'origine professionnelle, ou
 - si le régime de sécurité sociale exige une période probatoire (pendant la durée d'une telle période).
- Ci-après, vous trouverez des explications plus détaillées sur le cadre légal.

I. Cadre légal


(A) Couverture primaire RCAM pour conjoints ou partenaires reconnus sans revenus d'origine professionnelle^[2]

En tant qu'affilié au RCAM, votre conjoint/partenaire reconnu bénéficie de votre couverture primaire s'il ne perçoit ni revenu d'origine professionnelle actuelle ou passée, ni pension, ni allocation ou indemnité (chômage, invalidité, etc.), comme prévu à l'Article 13 de la Réglementation commune.

(B) Couverture primaire RCAM exceptionnelle pour conjoints ou partenaires reconnus bénéficiant de revenus d'origine professionnelle^[2]

Si le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficie de revenus d'origine professionnelle, il pourrait être couvert exceptionnellement à titre primaire par le RCAM jusqu'à la prochaine mise à jour annuelle à condition de remplir l'une des trois conditions suivantes :


Si ses revenus annuels imposables d'origine professionnelle sont inférieurs à 20 % du plafond cité en

annexe 2  (par ex. à 7.264,90 € pour la Belgique et le Luxembourg) et s'il prouve qu'il lui est impossible de s'assurer à un régime légal ou réglementaire^[3], ou

- si le montant des primes pour souscrire une assurance-maladie s'élève à au moins 20 % des revenus imposables d'origine professionnelle^[2], ou
- si le régime de sécurité sociale exige une période probatoire, pendant la durée d'une telle période^[3].

(C) Couverture complémentaire du RCAM pour conjoints ou partenaires reconnus bénéficiant de revenus d'origine professionnelle^[2]

Si le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficie de revenus d'origine professionnelle, il peut bénéficier de remboursements complémentaires du RCAM, jusqu'à la prochaine mise à jour annuelle, à la double condition suivante :

1. que sa couverture primaire (en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires) couvre les mêmes risques (maladie, maternité, hospitalisation) et
2. que ses revenus annuels d'origine professionnelle, **avant déduction de l'impôt^[4]**, ne soient pas supérieurs au traitement de base annuel d'un agent de grade AST2, 1^{er} échelon, affecté du coefficient correcteur du pays dans lequel il perçoit ses revenus d'origine professionnelle. Les montants pour les différents pays sont repris à l'annexe 2 .

II. Modalités d'application

(D) Mise à jour des droits du conjoint ou partenaire reconnu

1. Conjoint/partenaire reconnu qui bénéficie déjà de la couverture complémentaire :

Si votre conjoint/partenaire reconnu est déjà en droit de bénéficier des remboursements complémentaires du RCAM, vous devez transmettre au Service "Droits d'affiliation" de votre Bureau liquidateur le dernier certificat d'imposition disponible au 01/07/2015 délivré par le Ministère des Finances du pays concerné, même s'il se rapporte aux revenus perçus en 2013 ou, uniquement en l'absence de ce dernier, tout autre document établi par les autorités nationales compétentes indiquant le revenu annuel imposable de votre conjoint ou partenaire reconnu. Il est à noter que le document à fournir doit être transmis dans son intégralité. Toutefois, vous avez la faculté de biffer les montants relatifs aux revenus d'origine non professionnelle tels que les revenus d'épargne, les revenus locatifs, etc. Si un tel document n'existe pas en raison des dispositions administratives nationales, vous pouvez utiliser la déclaration sur l'honneur mise à votre disposition par le PMO.

2. Conjoint/partenaire reconnu qui commence à travailler :

Si le conjoint/partenaire reconnu a commencé tout récemment son activité professionnelle, la couverture primaire ne peut plus lui être octroyée. La couverture complémentaire ne sera accordée à partir du début de l'activité que sur réception de deux fiches de salaire et de la copie du contrat de travail.

Le RCAM se réserve le droit de récupérer les sommes indûment remboursées si, à la réception du document fiscal correspondant, il s'avère que les revenus du conjoint/partenaire reconnu ont

dépassé le plafond.

3. Conjoint/partenaire reconnu qui commence à percevoir une pension :


Si votre conjoint/partenaire reconnu commence à percevoir une pension, veuillez en informer immédiatement votre Bureau liquidateur et transmettre les documents émis par les autorités compétentes attestant de la date d'octroi de la pension et de son montant mensuel imposable. En fonction du montant de la pension, votre Bureau liquidateur déterminera la couverture RCAM de votre conjoint/partenaire reconnu : soit passage à la couverture complémentaire, soit exclusion de la couverture RCAM si les revenus de votre conjoint/partenaire reconnu dépassent le plafond RCAM en vigueur. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, voir point B, que votre conjoint/partenaire reconnu pourrait être couvert à titre primaire.

4. Conjoint/partenaire reconnu qui arrête de travailler :

Si votre conjoint/partenaire reconnu arrête de travailler, à condition de ne percevoir aucun revenu découlant d'une activité professionnelle^[2] : ni allocation, ni indemnité, ni pension, votre conjoint/partenaire reconnu pourrait bénéficier de la couverture primaire du RCAM à partir de la date à laquelle il/elle a arrêté son activité professionnelle.

Si le conjoint/partenaire reconnu qui avait auparavant des revenus d'origine professionnelle supérieurs au plafond est soit licencié, soit mis à la retraite, le droit à la couverture complémentaire RCAM pourrait lui être octroyé, seulement à partir du 1er juillet suivant le changement de statut, à condition que les revenus découlant de sa nouvelle situation ne dépassent pas le plafond.

Pour les deux situations précitées, veuillez en informer le plus rapidement possible votre Administration et le service "Droits d'affiliation" de votre Bureau liquidateur et joindre un

document probant attestant le changement de situation (voir les adresses à l'[annexe 1](#)) .

(E) Suspension du remboursement des frais médicaux pour les bénéficiaires en complémentarité en attendant la réception du certificat d'imposition

Veuillez noter qu'à partir du **1^{er} juillet 2015** le remboursement des frais médicaux des conjoints/partenaires reconnus, actuellement assurés en complémentarité, sera suspendu tant que le dernier certificat d'imposition n'aura pas été transmis.

Veuillez noter également que vous êtes tenu de signaler à votre Administration et à votre Bureau liquidateur tout changement dans la situation des personnes à votre charge, en tenant compte des dispositions des articles 14 et 22 de la Réglementation commune et de l'article 72, paragraphe 4 du Statut, qui prévoient que l'affilié doit déclarer les prestations auxquelles ces assurés peuvent prétendre et qu'ils ont perçues au titre d'un autre système d'assurance-maladie légal ou réglementaire.

N.B : (commentaires de l'auteur) aucune mention dans cette note administrative de la déclaration sur l'honneur et de son fondement légal.

^[1] Voir l'article 72§1, 2e alinéa et l'article 1.2(c) de l'Annexe VII du Statut.

^[2] Revenu d'origine professionnelle : revenu provenant d'une activité professionnelle ou une pension versée en raison de contributions d'origine professionnelle. Les montants de pension versés en raison de contributions autres que d'origine professionnelle ne sont pas pris en compte dans ce cadre. De même les pensions versées exclusivement en raison de contributions autres que celles d'origine professionnelle sont exclues intégralement.

^[3] Pièce(s) justificative(s) à envoyer à l'Équipe Droits d'Affiliation de votre Bureau liquidateur.

^[4] Il s'agit des revenus bruts déduction faite des frais professionnels et des charges sociales

Extraits de Myintracomm « pensionnés » (30 janvier 2016)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hradmin/fr/sicknessinsurance/jsis-online/Pages/top-up.html>

La couverture complémentaire

Les détails au sujet du régime commun d'assurance maladie (RCAM) à titre complémentaire.

La couverture RCAM

Le RCAM couvre, à titre primaire, tous les bénéficiaires ainsi que, sous certaines conditions et à différents degrés, les personnes assurées de leur chef, notamment le conjoint ou partenaire reconnu, les enfants et toute autre personne reconnue à charge de l'affilié, au sens de l'article 2 paragraphe 4 Annexe VII du Statut (Article 72.1 du Statut).

En particulier, le conjoint/partenaire reconnu est couvert par le RCAM à titre primaire s'il ne dispose pas de revenus propres d'origine professionnelle, ou si le niveau des revenus ne lui permet pas d'être couvert par un autre régime obligatoire d'assurance maladie légale ou réglementaire (art. 12 et 13 du RCAM). S'il dispose de revenus, les dispositions sur la complémentarité s'appliquent (art. 14 RCAM — Titre I chapitre 2.3 et titre III chapitre 3 DGE).

Le droit à la complémentarité du conjoint/partenaire de l'affilié est strictement conditionné à l'envoi annuel du dernier document officiel disponible (prouvant les revenus perçus par le conjoint/partenaire) au Bureau Liquidateur. Dans le cas contraire, le droit est clôturé.

La couverture complémentaire

La couverture complémentaire a pour but de garantir aux assurés couverts par un régime primaire national de sécurité sociale le même niveau de remboursement de frais médicaux que celui auquel ils auraient pu prétendre s'ils étaient affiliés à titre primaire au RCAM.

Le principe à la base de la couverture complémentaire est que le « libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité, qu'après avoir recouru aux possibilités du régime primaire ».

Sur cette base les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestation indirecte (1), doivent d'abord avoir fait recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire après le remboursement par le régime primaire national.

Toutes prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part du RCAM, à condition qu'elles soient admissibles par ce dernier. Pour les bénéficiaires en complémentarité, qui dépendent d'un système à prestation directe (2), le remboursement de la part du RCAM des frais soutenus dans le secteur privé est limité à 5 catégories de prestations et à condition qu'une autorisation préalable soit délivrée sur base de la preuve des carences manifestes du système même :

- hospitalisation et intervention chirurgicale ;
- traitement et examen en milieu hospitalier ;
- maison de repos et de soin ;
- garde-malade ;
- cures thermales et de convalescence.

Les prestations autres que celles reprises dans la liste ci-dessus, peuvent faire l'objet de

LOGO AIACE BE

remboursements, à condition qu'elles soient admissibles de la part le RCAM et toujours après avoir fait recours au régime primaire national de sécurité sociale.

(1) C.à.d. le régime national rembourse les prestations effectuées et pour lesquelles les bénéficiaires ont payé le prix entier (France – Belgique – Luxembourg, etc.)

(2) C.à.d. le régime national primaire ne rembourse pas les prestations déjà effectuées, mais prend directement à charge une partie des coûts des prestations/traitements à effectuer dans les hôpitaux ou cliniques conventionnées avec le système national primaire (par ex. Italie, Espagne, Royaume-Uni, Irlande, Portugal, etc.).

F. Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971

L'article 28 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L 149, p. 2), intitulé « Pensions ou rentes dues en vertu de la législation d'un seul ou de plusieurs États, un droit aux prestations n'existant pas dans le pays de résidence », dispose :

1. Le titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la législation d'un État membre ou de pensions ou de rentes dues au titre des législations de deux ou plusieurs États membres qui n'a pas droit aux prestations au titre de la législation de l'État membre sur le territoire duquel il réside bénéficie néanmoins de ces prestations pour lui-même et les membres de sa famille, dans la mesure où il y aurait droit en vertu de la législation de l'État membre ou de l'un au moins des États membres compétents en matière de pension, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 18 et de l'annexe VI, s'il résidait sur le territoire de l'État concerné. Le service des prestations est assuré dans les conditions suivantes :

a) les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution visée au paragraphe 2 par l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé était titulaire d'une pension ou d'une rente en vertu de la législation de l'État sur le territoire duquel il réside et avait droit aux prestations en nature ;
b) les prestations en espèces sont servies, le cas échéant, par l'institution compétente déterminée, conformément aux dispositions du paragraphe 2, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Toutefois, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de résidence, ces prestations peuvent être servies par cette dernière institution pour le compte de la première, selon les dispositions de la législation de l'État compétent.

2. Dans les cas visés au paragraphe 1, la charge des prestations en nature incombe à l'institution déterminée selon les règles suivantes :

a) si le titulaire a droit auxdites prestations en vertu de la législation d'un seul État membre, la charge en incombe à l'institution compétente de cet État ;
b) si le titulaire a droit auxdites prestations en vertu des législations de deux ou plusieurs États membres, la charge en incombe à l'institution compétente de l'État membre à la législation duquel le titulaire a été soumis le plus longtemps ; au cas où l'application de cette règle aurait pour effet d'attribuer la charge des prestations à plusieurs institutions, la charge en incombe à celle de ces institutions qui applique la législation à laquelle le titulaire a été soumis en dernier lieu.

F. Règlement (CE) no 883/2004 — sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Ce règlement établit entre autre que les bénéficiaires sont couverts par la législation d'un seul pays et paient des primes dans ce pays. Les organismes administrant la sécurité sociale décident de la juridiction dont ils relèvent (*principe de l'unicité de la législation applicable*). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=URISERV%3Ac10521>

Ce règlement, décidé bien après l'établissement du libellé de l'article 72 du statut et des règles sur la complémentarité en 1991, soulève plusieurs questions :

- s'applique-t-il aux affiliés et bénéficiaires du RCAM régit par le traité (le protocole, voir point A.) ;
- modifie-t-il la situation des conjoints placés en « complémentarité », et redevenus ainsi de simples citoyens par l'interprétation de l'art.72-1 du statut des fonctionnaires et autres agents de l'UE, lui-même réglé par une réglementation interne, art. 13 et 14 de la RC ;
- l'arrêt De Ruyter est-il applicable (voir VOX 101 page 48) aux affiliés et ayants droit du RCAM, ces bases légales ayant été introduites bien avant le règlement 883/2004 ;
- est-il légal qu'en 2015, sans le moindre changement statutaire ou de réglementation, certains conjoints, en vertu des arts. 13 et 14 de la RC, ont été obligés de revenir aux régimes nationaux en payant une nouvelle contribution alors que selon le statut initial, les conjoints étaient assurés contre le risque maladie par le biais de l'affilié au RCAM moyennant sa contribution unique ;
- notre régime de droit public de l'UE, par ailleurs clairement repris dans les traités, peut-il être complémentaire de régimes publics comme une simple assurance ou mutuelle privée ;
- comment réagira la Commission à la demande de plusieurs pensionnés UE d'introduire une procédure d'infraction contre un État membre qui perçoit une contribution pour une assurance sociale qu'ils ne peuvent pas utiliser en application du règlement 883/04 ;
- situation des pensionnés UE qui dans plusieurs autres EM peuvent bénéficier de deux régimes, le RCAM et le national le plus souvent sans contribution particulière ;
- examen complet de la situation légale de notre régime – un 29^e régime — à la lumière des derniers développements de la situation réglementaire au sein de l'UE et notamment, sur le fait que les affiliés du RCAM sont aussi des citoyens européens soumis au règlement 883/2004 sans que celui-ci ne prévoie d'exception ;
- en cas de reconnaissance du RCAM comme régime équivalent aux régimes nationaux, au sens du règlement 883/2004, analyse des conséquences réglementaires (RC et DGE) ainsi que celle de l'attribution d'une carte d'affiliation reconnue au même titre que les régimes nationaux.

G. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

Cette directive s'applique aux conjoints en complémentarité en tant qu'assurés auprès d'un régime public national.
