

## CIRCULAIRE N° 2019/03

**Circulaire destinée aux entreprises d'assurances et à Medex portant sur la gestion des créances étrangères dans le cadre de la mise en application des Règlements européens pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (EESSI)**

---

### 1. Introduction

En Belgique, l'INAMI a – en ce qui concerne le secteur privé – toujours été l'organisme désigné pour gérer le remboursement des créances belges et étrangères pour le secteur accidents du travail. Medex remplissait le même rôle en ce qui concerne le secteur public.

Cependant, les Règlements 883/2004 et 987/2009 (la coordination des régimes de sécurité sociale) spécifient que le remboursement des créances belges et étrangères en accident du travail est géré par l'organisme de liaison et non plus par un organisme désigné (cette notion d'organisme désigné spécifique aux Règlements 1408/71 et 584/72 n'est plus d'application).

Or

- le secteur des soins de santé et le secteur des accidents du travail ont chacun leur organisme de liaison spécifique représenté respectivement par l'INAMI et Fedris;
- l'article 66.2 du Règlement CE 987/2009 impose que le remboursement des créances se fasse par l'intermédiaire des organismes de liaison spécifiques s'ils existent.

Dès lors, afin de se conformer à la réglementation en vigueur, il appartient à Fedris de gérer le remboursement des créances accidents du travail belges et étrangères.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités pratiques et réglementaires des échanges qui surviendront entre Fedris d'une part et son réseau secondaire (les entreprises d'assurance) ou Medex d'autre part dans le cadre de la gestion des créances étrangères.

Étant donné que la circulaire vaut aussi bien pour les entreprises d'assurances privées que pour Medex, les dispositions ci-après s'appliquent à ces instances. Dans la suite de ce texte, le terme « entreprise d'assurance » est employé aussi bien pour les assureurs-loi que pour Medex.

### 2. Echange d'informations entre Fedris et le réseau secondaire

Les entreprises d'assurance ont été avisées du projet EESSI et de l'objectif européen de digitaliser l'échange d'informations concernant la sécurité sociale entre Etat membres par la circulaire 2018/3 « Indemnisations des victimes d'accidents du travail (dans le secteur privé) dans un contexte transfrontalier ».

Comme indiqué en préambule, la gestion des demandes de remboursement entre institutions est assurée par l'organisme de liaison.

Dès lors, les BUCs (Business Use Cases) relatifs aux demandes de remboursement ne sont pas adressés aux entreprises d'assurance, mais à Fedris qui ne peut transférer les créances individuelles à un débiteur du réseau secondaire à travers l'interface européen RINA (Reference Implementation National Application).

L'échange d'informations étant indispensable, Fedris a décidé d'utiliser SharePoint pour communiquer à ce sujet avec les entreprises d'assurance. Il est à noter que ce SharePoint sera uniquement un moyen temporaire de transfert de données (fichiers de données) et non un espace de stockage et ce, afin d'être en accord avec le prescrit du GDPR.

Dans la pratique, un dossier SharePoint sera créé par entreprise d'assurance avec un accès restrictif; une entreprise d'assurance ne pourra uniquement avoir accès qu'aux dossiers qu'elle gère.

Pour faciliter la communication, une boîte mail BelEESSI sera créée au sein de Fedris afin d'envoyer un courrier prévenant qu'un fichier a été déposé sur SharePoint. Dans le futur, l'utilisation de l'application e-box n'est pas exclue, mais cette option demande encore de nombreux développements.

### 3. Remboursement des créances (benefits in kind/prestations en nature)

#### 3.1. Principes règlementaires

L'article 41 du règlement de base 883/2004 prévoit 2 principes relatifs au remboursement entre institutions de différents États membres :

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

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

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

Les remboursements entre institutions des États membres transitent par l'organisme de liaison.

#### 3.2. Délais d'introduction et de remboursement des créances

##### 3.2.1. Introduction de la créance

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

Dans les faits, le règlement d'application 987/2009 (article 67.1 et 67.4) prévoit que les créances établies sur la base des dépenses réelles sont introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur au plus tard douze mois après la fin du semestre civil au cours duquel ces créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditrice. Toutes les créances introduites après expiration de ce délai sont jugées prescrites et ne sont dès lors pas prises en considération.

Dans la pratique, Fedris/organisme de liaison a pour mission d'assurer l'échange d'informations entre les institutions étrangères et s'assurer du remboursement des créances. Il appartient donc à l'entreprise d'assurance d'effectuer le contrôle technique et administratif de prise en charge d'une créance.

#### Comment contrôler si une créance est prescrite ?

Lorsque l'assureur ouvrira une note de débit transmise par Fedris, il pourra contrôler si celle-ci a été introduite dans les délais prévus par les règlements en se référant :

- à la date mentionnée dans le champs 2.1.3.3. "Date creditor institution recorded CLA" "Date d'enregistrement du CLA par l'institution créditrice » et;
- à la date mentionnée dans le champs 1.7. « Date of Submission » « date d'introduction »; cette date étant la date à laquelle l'organisme de liaison étranger aura soumis sa demande de remboursement à Fedris.

#### Comment calculer la prescription sur base de la réglementation ?

Principe : les créances établies sur la base des dépenses réelles sont introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur au plus tard douze mois après la fin du semestre civil au cours duquel ces créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditrice.

Pour calculer la prescription, il faut partir de la date d'enregistrement de la créance dans les comptes de l'institution créditrice, soit l'institution de séjour ou de résidence de l'autre Etat membre : champ 2.1.3.3. « Date creditor institution recorded CLA » "Date d'enregistrement du CLA par l'institution créditrice », puis identifier la fin du semestre civil auquel elle correspond et y ajouter 12 mois. La « date of Submission » « date d'introduction » par l'organisme de liaison de l'autre Etat membre (de l'étranger) doit être égale ou inférieure au résultat obtenu.

#### Exemple :

Créance individuelle inscrite dans les comptes de l'institution créditrice : 18/04/2019.

Date de fin du semestre civil : 30/06/2019.

Date limite d'introduction de la créance par organisme de liaison créditeur : 30/06/2020.

Afin de faciliter le travail des entreprises d'assurance, Fedris mettra à disposition, dans SharePoint, un fichier Excel qui calculera automatiquement les échéances lorsque sera encodée la date d'introduction qui se trouve au champs 2.1.3.3.

#### Que faire si une créance est prescrite?

Après vérification, si une créance s'avère prescrite, l'entreprise d'assurance devra en avertir Fedris via SharePoint et argumenter le motif de rejet (voir chapitre « rejets et contestations »).

### 3.2.2. Remboursement des créances

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

Le Règlement d'application 987/2009 (article 67.5) prévoit que les créances sont payées par l'institution débitrice à l'organisme de liaison de l'État membre créateur dans un délai de dix-huit mois suivant la fin du mois au cours duquel elles ont été introduites auprès de l'organisme de liaison de l'État membre débiteur. Il est à noter que les créances qui ont été rejetées par l'institution débitrice pour une raison valable durant cette période ne sont pas concernées par ce délai de dix-huit mois.

#### Un calendrier :

Afin d'éviter tout dépassement de délais qui pourrait engendrer des intérêts de retard, un calendrier, équitable et respecté par chacun, est indispensable. Ce calendrier doit garantir à toutes les parties le temps nécessaire pour effectuer les tâches qui leur incombent sans pour autant dépasser l'échéance de paiement.

Fedris et les entreprises d'assurance travailleront donc comme suit :

Organisme	Action	Délais
Fedris	Traitement des créances entrantes	2 mois calendrier à dater de la fin du mois de l'introduction de la créance globale par l'organisme de liaison étranger
Entreprise d'assurance	Décision de prise en charge sans contestation sans remboursement à Fedris	2 mois calendrier à dater du dépôt de la créance sur SharePoint
Fedris	Traitement des créances reçues en retour de l'entreprise d'assurance et paiement à l'organisme de liaison étranger créateur	2 mois calendrier à dater du dépôt de la créance acceptée par l'entreprise d'assurance sur SharePoint
Fedris	Demande de remboursement à l'entreprise d'assurance	1 mois calendrier après le paiement à l'organisme de liaison étranger créateur
Entreprise d'assurance	Paiement des créances à Fedris	1 mois calendrier après la demande de remboursement

En agissant de la sorte, il restera, sur les 18 mois impartis, 10 mois qui permettront aux intervenants de demander un délai supplémentaire de traitement en cas de problème rencontré, sans pour autant que cela mette en péril la date buttoir de paiement.

#### Justification des délais :

##### Traitement des créances entrantes par Fedris :

Les créances individuelles accidents du travail pour des assurés reconnus accidents du travail par la Belgique résidant ou séjournant dans un autre état membre sont estimées par année civile au nombre de +/- 2000, soit 1000 par semestre. Celles-ci arriveront mélangées (toute entreprise d'assurance confondue) à Fedris dans des créances globales sous la forme de SED DA010.

A la réception de ces DA010, Fedris devra :

- effectuer un premier tri pour séparer les créances accidents du travail et les créances maladies professionnelles (même organisme de liaison AT/MP);

- effectuer un second tri sur les créances AT afin de pouvoir les répartir par entreprise d'assurance;
- détecter les créances incomplètes ou erronées (exemple : mauvais identifiant de l'assureur, données manquantes,...);
- s'assurer que le montant de la créance globale est égal à la somme des créances individuelles;
- accuser réception auprès de l'institution étrangère;
- mettre à disposition de chaque entreprise d'assurance les créances la concernant, sur SharePoint;
- envoyer un mail pour prévenir qu'un fichier est déposé sur SharePoint.

#### Décision de prise en charge et paiement des créances :

A partir du moment où les créances individuelles seront mises à disposition sur SharePoint, chaque entreprise d'assurance devra télécharger ce fichier, qui sera supprimé du SharePoint, et disposera de 2 mois pour analyser, décider ou contester ces créances.

En cas d'**acceptation** par l'entreprise d'assurance, la procédure (schéma ci-dessus) se déroule comme suit :

##### ➤ L'acceptation :

Lorsqu'une créance est acceptée, l'entreprise d'assurance doit notifier son accord de prise en charge dans SharePoint, 2 mois calendrier à dater du dépôt de la créance sur SharePoint.

A la réception de cette décision de prise en charge, Fedris devra rassembler les ordres de paiement/accords sur les créances transmis par les entreprises d'assurance débitrices et les grouper par Etat membre créancier.

Il ne faut encore faire aucun paiement à Fedris.

##### ➤ Le paiement :

Fedris traite les créances reçues en retour des entreprises d'assurance et paie à l'organisme de liaison étranger créancier le montant de la créance.

##### ➤ La demande de remboursement :

Lorsque le paiement est comptabilisé dans les comptes, Fedris dispose d'un mois calendrier après le paiement à l'organisme de liaison étranger créancier pour envoyer la demande de remboursement aux entreprises d'assurance.

##### ➤ Le paiement du remboursement à Fedris :

Les entreprises d'assurance disposent d'un mois calendrier après réception de la demande de remboursement par Fedris pour effectuer le paiement.

En cas de **contestation**, il faudra suivre la procédure exposée au point 3.3. « Rejet ou contestation des créances ».

Fedris rappelle toutefois que la contestation relative à l'imputabilité des prestations avec les séquelles de l'accident du travail n'est pas la norme mais bien l'exception. A cet effet, il est fait référence à la Circulaire sur les soins transfrontaliers 2018/3 :

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

Base légale jurisprudentielle : Affaire C-145/03 Arrêt de la Cour (grande chambre) 12-04-2005 / Conclusions de l'avocat général du 13-01-2005.

Dès lors, à partir du moment où une entreprise d'assurance a émis une attestation d'ouverture de droit (DA1 et/ou SED DA002) à une victime et/ou une institution étrangère dans laquelle elle aura précisé divers éléments de règlement (taux IP, séquelles, nécessité de prothèses particulières), il appartiendra à l'institution étrangère d'établir le lien causal entre les prestations en nature introduites par la victime et les séquelles de l'accident du travail. Et donc, l'entreprise d'assurance ne peut en aucun cas vérifier l'imputabilité des frais soumis à remboursement par l'institution étrangère, sauf dans des cas vraiment flagrants.

Un exemple concret de cas flagrant :

DA1 émis pour une victime partie résidée en Espagne. Les séquelles sont minimes, mais la victime a besoin de temps en temps de séances de kinésithérapie et de prestations pharmaceutiques. L'institution étrangère envoie une note de débit pour une hospitalisation. L'entreprise d'assurance se pose des questions car rien dans les séquelles de la victime ne laissait présager qu'elle devait être hospitalisée.

L'entreprise d'assurance a donc tout intérêt à préciser dans le DA1 et ou le SED DA002 le libellé exacte des séquelles dues à l'accident afin d'éviter les contestations ultérieures sur le lien de causalité.

### 3.3. Rejet ou contestation des créances

Une créance relative au remboursement de prestations servies sur la base d'un DA1, d'un SED DA002 (ou d'un formulaire E123 papier) peut être rejetée et renvoyée à l'institution créditrice, par exemple lorsqu'elle :

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

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

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

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

### Exemple :

Inscription de la créance, à la date de réception par Fedris organisme de liaison débiteur	05.09.2017	
Expiration du délai pour contester une créance par Fedris organisme de liaison débiteur	31.03.2019	Fin du mois (30.09.2017) + 18 mois
Contestation transmise par Fedris organisme de liaison le	16.12.2018	
Expiration du délai pour rejeter la contestation par l'organisme de liaison créateur	31.12.2019	Fin du mois (31.12.2018) + 12 mois

### Un calendrier :

Afin d'éviter tout dépassement du délai de 18 mois, un calendrier, équitable et respecté par chacun, est indispensable. Ce calendrier doit garantir à toutes les parties le temps nécessaire pour effectuer les tâches qui leur incombent sans pour autant dépasser le délai de contestation.

Fedris et les entreprises d'assurance travailleront donc comme suit :

Organisme	Action	Délais
Entreprise d'assurance	Décision de contestation de la créance	2 mois calendrier à dater du dépôt de la créance sur SharePoint
Fedris	Traitement de la contestation reçue en retour de l'entreprise d'assurance	2 mois calendrier à dater du dépôt de la contestation sur SharePoint pour envoyer la contestation à l'organisme étranger

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

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

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

**Il est à noter que les contestations de créance doivent être réglées dans un délai de trente-six mois suivant le mois au cours duquel la créance a été introduite et qu'à défaut d'accord, la commission des comptes peut être saisie par l'une des parties qui se prononcera sur la contestation dans un délai de six mois suivant le mois au cours duquel elle a été saisie de la question.**

#### 4. La Commission des comptes

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

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

#### 5. Entrée en vigueur de l'échange de données par voie électronique

A partir du 2 juillet 2019, l'échange de données de sécurité sociale par voie électronique est d'application. Néanmoins, le passage à l'échange électronique intégral dans l'ensemble de l'Union européenne se fera progressivement étant donné qu'à ce jour les 28 Etats-membres ne sont pas tous prêts. Dès lors, dans un premier temps coexistera l'échange papier et électronique.

Les dispositions pratiques concernant cette coexistence seront reprises dans la publication de la Décision (E7) du 27 juin 2019 de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale. Cette décision E7 n'est aujourd'hui pas encore publiée. Dès qu'elle est publiée, la décision sera annexée à la présente circulaire.