



Bruxelles, le 12.5.2020  
C(2020) 3002 final

**DÉCISION DE LA COMMISSION**

**du 12.5.2020**

**modifiant la décision du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales  
d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

## DÉCISION DE LA COMMISSION

du 12.5.2020

### **modifiant la décision du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

LA COMMISSION EUROPEENNE,

Vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

Vu le statut des fonctionnaires de l'Union européenne ainsi que le régime applicable aux autres agents de l'Union européenne (« RAA ») fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n°259/68 du Conseil, et notamment l'article 72 dudit statut,

Vu l'avis du comité de gestion de l'assurance maladie,

Vu l'avis du comité paritaire pour l'égalité des chances,

Après consultation du comité du personnel,

Vu l'avis du comité du statut,

Considérant que:

- (1) En vertu de l'article 72, paragraphe 1<sup>er</sup>, du statut, les fonctionnaires et autres agents atteints d'une maladie reconnue comme grave bénéficient d'un remboursement intégral des soins de santé liés à cette maladie.
- (2) Un régime commun d'assurance maladie (RCAM) a été institué par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne<sup>1</sup> établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, prévue à l'article 72 du statut, et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2005.
- (3) Le RCAM établit quatre critères afin de déterminer l'existence d'une maladie grave, parmi lesquels l'existence ou le risque d'un handicap grave.
- (4) Depuis plusieurs années, conformément à la jurisprudence, ces quatre critères ont été appréciés en tenant compte de leurs éventuels liens d'interdépendance, notamment en matière des frais médicaux liés à un handicap. En particulier, compte tenu de la nécessité d'assurer une appréciation globale de la gravité de la maladie, un critère, tel que celui relatif au pronostic vital défavorable, peut être considéré comme rempli à la lumière de l'évaluation des autres critères.
- (5) La présente révision formalise la pratique existante, afin d'assurer une sécurité juridique accrue pour les affiliés, dans le plein respect de l'équilibre du RCAM établi par le législateur,

---

<sup>1</sup> Réglementation 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.

DÉCIDE :

### *Article premier*

La décision de la Commission du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux<sup>2</sup> est modifiée comme suit :

Le texte du chapitre 5 du titre III « Reconnaissance du statut de maladie grave » des dispositions générales d'exécution contenues dans l'annexe est remplacé par le texte suivant :

#### « 1. Définition

Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, de poliomyélite, de cancer, de maladie mentale et d'autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN.

Ces dernières concernent des affections associant, à des degrés variables, les quatre critères suivants :

- évolution chronique ;
- nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;
- présence ou risque de handicap grave ;
- pronostic vital défavorable.

Ces critères cumulatifs doivent faire l'objet d'une appréciation globale sur la gravité des conséquences de la maladie en cause. L'appréciation portée sur l'un des critères est, compte tenu du lien d'interdépendance, de nature à moduler l'appréciation portée sur les autres critères, en particulier en ce qui concerne les situations de handicap grave. L'examen d'un critère à la lumière de l'appréciation portée sur les autres critères peut aboutir à la conclusion que ledit critère, notamment celui relatif au pronostic vital défavorable, est rempli.

#### 2. Périmètre de couverture

Le taux de remboursement à 100 % s'applique :

- aux frais médicaux qui apparaissent, à la lumière des connaissances scientifiques, comme directement liés à la maladie grave, que ce soit pour le diagnostic, le traitement, le suivi de l'évolution de cette maladie ou de ses complications et conséquences éventuelles ;
- aux frais éligibles au remboursement qui seraient liés à une éventuelle dépendance entraînée par la maladie grave ;
- aux frais liés aux examens de suivi des maladies graves.

#### 3. Procédures

La demande de reconnaissance pour maladie grave doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé, adressé au médecin-conseil du bureau liquidateur compétent de manière confidentielle. Lors d'une première demande, ce rapport précise :

- la date du diagnostic ;
- le diagnostic précis ;

---

<sup>2</sup> C(2007)3195.

- le stade d'évolution et les complications éventuelles ;
- le traitement nécessaire.

La couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave est accordée avec une date de début (date du diagnostic indiqué dans le certificat médical) et une date d'échéance prévoyant une couverture à 100 % de 5 ans au maximum, sauf pour les frais de suivi médical de la maladie grave qui peuvent être remboursés au-delà de cette période.

Le bureau liquidateur rappelle en temps utile à l'affilié l'échéance de la couverture afin de lui permettre de présenter une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical précisant :

- l'évolution de la maladie ;
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

La décision de couverture à 100 % est examinée périodiquement sur base des informations actualisées sur l'état de santé de la personne et des avancées scientifiques afin de réévaluer si nécessaire le périmètre de la couverture.

#### 4. Rétroactivité

En principe, la couverture à 100 % n'est accordée qu'à partir de la date du diagnostic indiqué dans le certificat médical appuyant la demande de reconnaissance de la maladie grave.

Toutefois, sur demande motivée de l'affilié indiquant les prestations concernées reprises sur ses décomptes de remboursement, une rétroactivité de la couverture à 100 % peut être accordée après avis du médecin-conseil.

En aucun cas cette rétroactivité ne pourra dépasser la période de déchéance des frais prévue à l'article 32 de la réglementation commune ».

#### *Article 2*

La décision prend effet le 1<sup>er</sup> juin 2020.

Fait à Bruxelles, le 12.5.2020

*Par la Commission  
Johannes HAHN  
Membre de la Commission*