Direction de la sécurité sociale
Division des affaires européennes
et internationales

Circulaire DSS/DAEI n° 98-666 du 10 novembre 1998 relative à l'application des dispositions de la convention franco-monégasque de sécurité sociale du 28 février 1952 modifiée

SS 9 92
3068

NOR : MESS9830469C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :
Convention franco-monégasque de sécurité sociale du 28 février 1952, modifiée par les avenants du 5 juillet 1961, du 19 décembre 1963, du 3 décembre 1965, du 17 décembre 1979, et du 20 juillet 1998 ;
Arrangement administratif d'application du 5 novembre 1954, modifié par les arrangements du 24 mars 1961, du 14 avril 1965, du 1er mars 1983 et du 20 juillet 1998 ;
Arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques mentionnés aux articles 11, paragraphe 1er c) et d) et 12, paragraphe 1er c) et d) de la convention du 28 février 1952 entre la France et la principauté de Monaco du 20 juillet 1998 ;
Arrangement administratif particulier concernant l'activité occasionnelle des professionnels de santé sur le territoire de l'autre Partie contractante mentionnée à l'article 13 de la convention du 28 février 1952 entre la France et la principauté de Monaco du 20 juillet 1998.
Textes abrogés :
Les points 4, 5, 10, 12-1 et 12-2 de la circulaire n° DSS/DCI/70 du 6 décembre 1991 relative à l'application et à l'interprétation des dispositions de la convention franco-monégasque de sécurité sociale ainsi qu'aux modalités particulières d'application de la législation française en ce qui concerne les assurés du régime français recevant des soins à Monaco.
Toutes les circulaires ou lettres ministérielles antérieures contraires à la présente circulaire.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction interrégionale de la sécurité sociale des Antilles - Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Monsieur le préfet du département des Alpes-Maritimes (direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Alpes-Maritimes) ; Monsieur le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Provence - Alpes-Côte d'Azur ; Madame le directeur du centre de sécurité sociale des travailleurs migrants ; Monsieur le directeur de la CNAMTS ; Monsieur le directeur de la CANAM ; Monsieur le directeur de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale militaire de la sécurité sociale ; Monsieur le directeur de l'ACOSS Les autorités monégasques et françaises sont parvenues le 20 juillet 1998 à un accord en vue de la refonte du chapitre maladie-maternité de la convention du 28 février 1952 modifiée liant les deux Etats en matière de sécurité sociale.

Au terme de cette négociation, les quatre textes suivants ont été signés :
- un avenant n° 5 à la convention du 28 février 1952 modifiée ;

- un arrangement administratif modificatif n° 4 de l'arrangement administratif général portant application de ladite convention ;
- un arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques mentionnés aux articles 11, paragraphe 1er c) et d) et 12, paragraphe 1er c) et d) de ladite convention, telle que modifiée par son avenant n° 5 ;
- un arrangement administratif particulier, concernant l'activité occasionnelle des professions de santé sur le territoire de l'autre partie contractante mentionnée à l'article 13 de ladite convention, telle

que modifiée par son avenant n° 5.

Très dérogatoire du droit commun des autres accords bilatéraux ou multilatéraux signés par la France, la convention de sécurité sociale du 28 février 1952 modifiée qui lie la France et la principauté de Monaco permet l'application directe de la législation du régime de sécurité sociale d'affiliation de l'assuré pour des soins reçus dans l'autre Etat. En donnant ainsi certaines facilités aux catégories d'assurés français couverts pour l'accès aux structures sanitaires de la principauté et s'agissant du mode de remboursement des soins, cette convention a permis le développement de l'offre de soins à Monaco.
Les modifications apportées par voie d'avenant visent à rétablir une situation de concurrence normale entre les établissements hospitaliers de la principauté et ceux du département des Alpes-Maritimes soumis aux contraintes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et à régler les situations de proximité pour les assurés en tenant compte des complémentarités existant entre structures françaises et monégasques.
L'avenant n° 5 à la convention pose le principe de l'extension du champ d'application de la convention, principalement pour la couverture maladie et accessoirement pour la prise en charge des soins de santé dans le cadre de la protection « accidents du travail et maladies professionnelles » et pour les prestations de l'assurance décès, à toute personne assurée des régimes français, aux lieux et places des seuls travailleurs salariés (et assimilés) et de leurs familles dès lors que ces personnes résident dans le département des Alpes-Maritimes ou dans la principauté de Monaco.
L'extension ponctuelle du champ d'application personnel de la convention s'accompagne d'une restriction géographique des conditions d'application de certaines de ses dispositions - l'accès aux soins dans l'autre Etat contractant demeurant facilité pour les personnes résidant dans la principauté et dans le département des Alpes Maritimes -, de la généralisation de la règle du plafonnement des tarifs de remboursement des soins reçus dans les établissements monégasques et de l'accroissement des possibilités de contrôle médical, et, enfin, de la suppression du régime de la maladie préexistante et de la prise en charge des soins de santé de certaines catégories de pensionnés du régime français.
Autre innovation, l'avenant à la convention est accompagné non seulement d'un arrangement administratif modificatif n° 4 de l'arrangement administratif général portant application de ladite convention, mais de deux arrangements administratifs particuliers : le premier concerne les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques et le second l'activité occasionnelle des professions de santé sur le territoire de l'autre partie contractante.
L'arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés fixe de façon détaillée, et éventuellement révocable selon des modalités prédéterminées, les conditions de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale français et monégasque, et notamment les plafonds de remboursement des soins reçus par leurs assurés dans les établisements hospitaliers de l'autre Etat contractant.
Sur le fondement d'une autorisation de principe posée dans l'avenant, le deuxième arrangement administratif particulier encadre de façon précise l'exercice de l'activité occasionnelle des professions de santé sur le territoire de l'autre Etat, circonscrit aux quatre communes limitrophes françaises de la principauté et à celle-ci.
Ces nouvelles mesures coordonnent de façon plus précise les offres de soins française et monégasque tout en réglant les problèmes de proximité. L'intégration plus grande des structures monégasques dans la carte sanitaire française est effectuée en rétablissant un équilibre dans les sujétions imposées aux établissements français et monégasques.
Les nouvelles dispositions s'appliquent de façon anticipée à compter du 1er octobre 1998, dans l'attente de la ratification de l'avenant n° 5 à la convention.
La présente circulaire se propose de donner toutes indications utiles pour la mise en oeuvre de ces nouveaux textes. Elle ne se substitue que partiellement à la circulaire DSS/DCI n° 91-70 du 6 décembre 1991 qui, commentant l'ensemble des dispositions de la convention franco-monégasque, demeure la circulaire de référence s'agissant des chapitres non modifiés de celle-ci.

SOMMAIRE

1. Champ d'application personnel de l'accord.
1.1. Extension du champ d'application personnel aux assurés des régimes français.
1.2. Les ressortissants des Etats membres de l'Espace économique européen.
2. Champ d'application territorial.
2.1. Le cas des assurés résidant de façon permanente dans la Principauté de Monaco ou dans le

département des Alpes-Maritimes.
2.2. Le cas des assurés ne résidant pas de façon permanente dans la Principauté ou dans le département des Alpes-Maritimes.
2.2.1. Le cas des assurés effectuant un séjour temporaire ou un passage dans la Principauté de Monaco ou un séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes.
2.2.2. Le régime des soins programmés dans la Principauté.
2.2.3. Modalités d'application du contrôle médical en ce qui concerne les soins programmés et les soins d'immédiate nécessité.
3. Règles de totalisation et de détermination de la législation applicable.
3.1. Les règles posées dans l'avenant et dans l'arrangement administratif général.
3.2. L'abrogation du régime de la maladie préexistante.
3.3. Le cas des maintiens de droit : article 9 de l'arrangement administratif général.
3.4. La détermination de la législation applicable en cas de maternité.
3.5. La détermination de la législation applicable dans le cas particulier des occupations simultanées et des règles de priorité.
4. Modalités de prise en charge des soins de santé des pensionnés.
4.1. Le cas des monopensionnés.
4.2. Le cas des polypensionnés.
4.3. Procédures et personnes concernées.
4.4. Le précompte de cotisations sur les pensions de retraite.
5. Modalités de remboursement des frais encourus pour des soins reçus à Monaco.
5.1. Les frais médicaux et le conventionnement des professionnels de santé.
5.2. Les frais pharmaceutiques, d'appareil d'analyse et d'examens de laboratoire.
5.3. Les frais de transport.
5.4. Les frais exposés dans les établissements publics et privés de soins monégasques.
5.4.1. Références tarifaires opposables pour le secteur public et le secteur privé du centre hospitalier Princesse-Grace (CHPG).
a) Le secteur public du CHPG.
b) Le secteur privé du CHPG.
5.4.2. Règle de double plafonnement pour certaines spécialités médicales pour le CHPG.
5.4.3. Les frais exposés dans les autres établissements privés agréés monégasques.
a) Le centre cardio-thoracique de Monaco.
b) Le centre d'hémodialyse.
5.4.4. Mesures transitoires.
5.5. Les accords complémentaires.
5.6. Modalités de facturation et tiers payant.
5.7. Portée des règles posées dans l'arrangement administratif particulier.
5.8. Le rôle de caisse de liaison de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes.
6. Modalités d'exercice du contrôle médical et administratif.
6.1. Le contrôle des assurés.
6.2. Le contrôle des professions de santé.
6.2.1. Le contentieux du contrôle technique.
6.2.2. Les sanctions découlant des infractions aux obligations posées dans les conventions types des professions de santé.
6.3. Le contrôle des établissements.
6.4. La récupération des indus.
7. Les prestations d'assurance décès et d'assurance « accidents du travail et maladies professionnelles ».
7.1. Les prestations d'assurance décès.
7.2. Les prestations d'assurance « accidents du travail et de maladie professionnelles ».
8. L'activité occasionnelle des professions de santé sur le territoire de l'autre état contractant.
8.1. Contenu et portée de ce droit.
8.2. Conditions d'exercice : le principe d'une déclaration préalable d'activité.
8.3. Droits et obligations des professionnels de santé vis-à-vis des organismes de sécurité sociale et modalités de prise en charge des soins.

1. Champ d'application personnel de l'accord

1.1. Extension du champ d'application personnel aux assurés de régimes français (application des art. 17, 20 et 31 de la convention modifiée)

L'article 1er de la convention fixant le champ d'application personnel ne se réfère qu'aux travailleurs salariés ou assimilés, ressortissants français ou monégasques, et à leurs ayants droit.
S'agissant du bénéfice des prestations d'assurance maladie-maternité (art. 17), des prestations de l'assurance décès (art. 20) et des prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (art. 31), le champ d'application personnel est étendu à toutes les personnes assurées ainsi qu'à leurs ayants droit relevant des régimes français ou monégasques de sécurité sociale, qu'elles soient actives, inactives ou retraitées.
Les catégories actuellement exclues telles que les travailleurs non salariés, les fonctionnaires civils ou militaires de l'Etat, les magistrats, les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers, les exploitants agricoles, les étudiants et les autres assurés sociaux pourront ainsi bénéficier des remboursements de soins dans le cadre des nouvelles dispositions prévues pour leur prise en charge.
S'agissant des travailleurs indépendants, le protocole du 24 octobre 1989 établissant les relations entre le régime français des travailleurs non salariés des professions non agricoles représenté par la CANAM et le centre hospitalier princesse Grace (secteur hôpital) de la principauté, pris sur le fondement de l'article R. 332-2 du code de la sécurité sociale, qui fixait les modalités de prise en charge des soins pour cette catégorie d'assurés dans cette structure est devenu caduc à compter du 1er octobre 1998.
L'absence de référence à la nationalité de ces personnes dans le libellé des trois articles précités (17, 20 et 31) permet également une extension du champ d'application personnel pour les assurances maladie-maternité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles aux ressortissants d'Etats tiers assurés au titre de la législation de l'un des deux Etats, ainsi qu'à leurs ayants droit.

1.2. Les ressortissants des Etats membres de l'espace économique européen

Le nouveau dispositif conventionnel s'il accroit le nombre de bénéficiaires ayant accès aux soins de santé dans la principauté de Monaco et en France ne peut régler pour autant la situation des ressortissants de l'EEE qui peuvent ne pas avoir la qualité d'assurés sociaux des régimes français ou monégasques de sécurité sociale.
Dans ces conditions, pour être en mesure de respecter leurs engagements européens découlant des règlements CEE n° 1408/71 et 574/72, les autorités françaises ont fait connaître aux autorités monégasques qu'elles appliqueraient les règles suivantes s'agissant de l'accès aux soins des ressortissants communautaires sus évoqués :

- pour les pensionnés et leurs ayants droit des régimes de sécurité sociale appartenant à l'espace économique européen résidant en France, et dont les soins donnent lieu à remboursement par l'Etat membre de l'EEE concerné à la France sur la base d'un forfait, ceux-ci bénéficient du service des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dans les mêmes conditions que les pensionnés et leurs ayants droit des régimes français tant en matière de soins ambulatoires que d'hospitalisation pour des soins reçus dans la principauté de Monaco ;
- s'agissant des membres de famille de travailleurs résidant seuls en France, ceux-ci bénéficient également du service des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour des soins reçus dans la principauté de Monaco par l'organisme de sécurité sociale auprès duquel ils se sont fait inscrire, les remboursements entre l'organisme de la sécurité sociale française et l'organisme étranger compétent étant établis sur une base forfaitaire ;
- les ressortissants de l'EEE couverts par le règlement CEE n° 1408/71 (toutes les catégories d'actifs et les pensionnés pour lesquels la compensation entre Etats membres se fait sur la base de factures) effectuant un séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes ainsi que les membres de famille d'un pensionné (1) résidant seuls dans le département des Alpes Maritimes, peuvent recevoir des soins ambulatoires ou hospitaliers dans la principauté de Monaco seulement en cas d'urgence, sous réserve des conditions prévues pour l'accès aux soins par les règlements communautaires. Les prestations en nature du pays de la résidence temporaire, la France, sont servies par la CPAM des Alpes-Maritimes pour le compte du régime du pays d'affiliation. La prise en charge des prestations est soumise au respect des formalités exigées dans le cadre des règlements communautaires.
  Le remboursement entre Etats membres étant effectué sur la base des dépenses réelles telles qu'elles apparaissent dans les factures, il est important de vérifier que les soins délivrés à cette occasion revêtent bien le caractère de soins d'urgence, condition de leur prise en charge.
  2. Champ d'application territorial (application des art. 8 et 9 de la convention modifiée différenciation des modalités de prise en charge selon le lieu de résidence)

2.1. Le cas des assurés résidant de façon permanente dans la principauté de Monaco ou dans le département des Alpes-Maritimes

En application des articles 8, paragraphe 1 et 9, paragraphe 1 de la convention modifiée, les assurés des régimes français ainsi que les membres de leurs familles (alors que le texte lui même ne mentionne que les travailleurs salariés et assimilés et les membres de leurs familles, l'extension du champ personnel étant fixée aux articles 17, 20 et 31) résidant de façon permanente dans le département des Alpes-Maritimes ou dans la principauté ont un libre accès aux structures de soins et professionnels de santé monégasques et bénéficient du service des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.
A l'inverse, les assurés du régime monégasque qui résident en France bénéficient de la prise en charge des prestations en nature au titre de l'assurance maladie-maternité pour des soins reçus dans leur département français de résidence. Les assurés du régime monégasque résidant à titre permanent à Monaco ont libre accès aux structures de soins et professionnels de santé français français situés dans le département des Alpes-Maritimes. Le remboursement des soins est assuré par la sécurité sociale monégasque.

2.2. Le cas des assurés ne résidant pas de façon permanente dans la principauté ou dans le département des Alpes-Maritimes

2.2.1. Le cas des assurés effectuant un séjour temporaire ou un passage temporaire dans la principauté ou un séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes

En application de l'article 8, paragraphe 2 de la convention modifiée, les bénéficiaires des régimes français ont droit au service des prestations en nature des assurances maladie-maternité pour des soins reçus sur le territoire de la principauté, lorsque leur état, du seul point de vue médical, vient à nécessiter immédiatement les soins en cause.
Les soins reçus dans la principauté en cas « d'immédiate nécessité » sont également pris en charge pour des assurés des régimes français effectuant un séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes.
Plus précisément pour être qualifiés d'immédiatement nécessaires, ces soins doivent revêtir un caractère inopiné et ne pouvoir être différés sans nuire à la santé de l'intéressé.
A l'inverse, les assurés du régime monégasque en cas de passage ou séjour temporaire dans un département autre que celui où ils résident en France peuvent bénéficier du service des prestations en nature pour « des soins d'immédiate nécessité ». Le remboursement des soins est assuré par la sécurité sociale monégasque.

2.2.2. Le régime des soins programmés dans la principauté

En application de l'article 9 de la convention modifiée, les assurés des régimes français résidant hors de Monaco et du département des Alpes-Maritimes ne peuvent accéder aux structures de soins de la principauté et avoir recours aux professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) installés à Monaco qu'à condition d'en avoir reçu l'autorisation préalable de leur caisse d'affiliation après avis conforme du service médical placé auprès de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes.
Ces dispositions valent pour le traitement de toutes les affections dont la prise en charge par la sécurité sociale est demandée, sauf pour les dialyses.
Hormis l'hypothèse de l'immédiate nécessité qui correspond à des soins revêtant un caractère d'urgence, la prise en charge des soins reçus par des assurés des régimes français à Monaco est donc soumise à un régime d'autorisation donnée par la caisse d'affiliation.
L'avis du médecin conseil de la CNAMTS, requis en application de l'article R. 332-2, 3e alinéa du code de la sécurité sociale, n'a plus lieu d'être sollicité pour permettre à des assurés jusqu'à present non compris dans le champ d'application personnel de la convention, tels les étudiants et des fonctionnaires, de recevoir des soins dans la principauté.
Pour les assurés des régimes monégasques, l'autorisation d'accéder aux structures et professionnels de santé hors de leur département français de résidence ou hors du département des Alpes-Maritimes s'ils résident dans la principauté est donnée par leur caisse d'affiliation après avis conforme du service médical placé auprès de cette caisse. Le remboursement des soins est à la charge de la sécurité sociale monégasque.

2.2.3. Modalités d'application du contrôle médical en ce qui concerne les soins programmés et les soins d'immédiate nécessité

Si l'accord prévoit, s'agissant des soins hospitaliers ou ambulatoires, que l'accès aux structures de soins ou aux professionnels de santé monégasques se fait pour les assurés de tous les régimes français (et non plus du seul régime général) sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation lorsqu'ils résident à titre permanent dans le département des Alpes-Maritimes, il n'en est donc pas de même pour les assurés des régimes français résidant dans les autres départements métropolitains et d'outre-mer.
Ces assurés doivent en effet, en application de l'article 9 de la convention modifiée, demander l'autorisation de leur caisse d'affiliation qui se prononce après avis conforme de l'échelon local du service médical placé auprès de la CPAM des Alpes-Maritimes, et ceci quel que soit le régime de sécurité sociale concerné. En aucun cas, l'échelon local du service médical placé auprès de la CPAM des Alpes-Maritimes ne peut être saisi directement : il appartient à la seule caisse de l'assuré d'en prendre l'attache.
Ce service médical connaissant bien l'offre de soins de la principauté de Monaco et ses complémentarités avec l'offre française est apparu comme devant être l'échelon le plus approprié pour examiner les demandes de soins programmés à Monaco. Bien entendu cette compétence dérogatoire du droit commun prévue par l'article 9 sus évoqué, implique des contacts entre service médicaux intéressés appartenant à la fois au régime général et aux autres régimes concernés. Leurs informations sont en effet complémentaires : les médecins conseils plaçés auprès de la CPAM de Nice détiennent des informations sur l'organisation des soins dans la principauté et sur ses complémentarités avec les structures françaises de la région et les médecins conseils des régimes concernés connaissent les pathologies de leurs assurés.
Par ailleurs, en vertu du paragraphe 2 de l'article 8 de la convention modifiée, l'échelon médical placé auprès de la CPAM de Nice a également vocation à examiner le caractère d'immédiate nécessité des soins délivrés à Monaco à des assurés français en séjour ou de passage temporaire dans la principauté ou en séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes.
Afin de faciliter les contacts entre les médecins conseils des différents régimes concernés et ceux qui sont placés auprès de la CPAM de Nice, il convient que la CANAM, la MSA, les mutuelles locales pour les fonctionnaires et les autres organismes de la sécurité sociale concernés établissent des listes de correspondants privilégiés avec leurs coordonnées précises pour les médecins conseils dont l'avis est requis en application des textes pour rendre plus aisée la recherche d'informations concernant les assurés dont le cas est à examiner. Il y a lieu de souligner que les médecins conseils relevant d'autres régimes de sécurité sociale que le régime général conservent leurs prérogatives en ce qui concerne le contrôle des bénéficiaires des prestations en dehors des autorisations à donner au titre des soins programmés et des soins d'immédiate nécessité.
Il est signalé par ailleurs que la CPAM de Nice se voit reconnaître par l'article 11 de l'arrangement administratif général le rôle de caisse de liaison en matière hospitalière avec les autres caisses du régime général et les caisses des autres régimes français (cf. point 5-8).
Le rôle imparti à la CPAM de Nice et à son service médical résulte de sa situation, les Alpes-Maritimes étant, outre le département frontalier de Monaco, un lieu de passage temporaire de non-résidents français très important.

3. Les règles de totalisation

3.1. Les règles posées dans l'avenant et dans l'arrangement administratif général (art. 6, paragraphe 1, de la convention modifiée et art. 4 de l'arrangement administratif général modifié)

Il est à noter que l'article 6 de la convention telle que modifiée par l'avenant n° 5 ne contient plus que deux paragraphes. Le troisième paragraphe de cet article 6 de la convention issu de l'avenant du 5 juillet 1961 prévoyait que ne pouvaient donner lieu à totalisation lors du passage du régime monégasque au régime français ou inversement les périodes d'assurance ou équivalentes accomplies sous l'un ou l'autre régime que dans la mesure où il ne s'était pas écoulé un délai supérieur à quinze jours entre la fin de la période d'assurance sous l'un des régimes et le début de la période d'assurance sous l'autre.
Ce délai de quinze jours est donc supprimé et les périodes d'assurance accomplies dans l'ancien régime d'assurance comme dans le nouveau peuvent se totaliser sans délai pour

l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations des assurances maladie et maternité. De la même manière, pour la liquidation des pensions d'invalidité par totalisation des périodes d'assurance prévue par l'article 21, paragraphe 1, de la convention modifiée, il y a lieu de considérer que le délai de quinze jours n'est plus opposable aux assurés.
Les articles 6 de la convention modifiée et 4 de l'arrangement administratif général modifié prévoient les nouvelles conditions de la totalisation de diverses périodes susceptibles d'être prises en compte pour l'ouverture d'un droit (périodes d'assurances, assimilées, équivalentes...). Ils disposent en des termes quasiment identiques que l'institution compétente de l'un des deux Etats doit prendre en considération, pour le calcul de l'ouverture de droit, les périodes effectuées sous la législation ou sur le territoire de l'autre Etat comme si elles avaient été effectuées sous l'empire de sa propre législation ou sur son propre territoire.
Cela signifie que les règles d'assimilation ou d'équivalence obéissent à la législation de l'Etat compétent, y compris les périodes effectuées sous la législation ou sur le territoire de l'autre Etat.
C'est ainsi, par exemple, que, si une période d'indemnisation quelconque accomplie sous la législation de l'un des deux Etats est assimilée à un temps de travail par cette législation et non par celle de l'autre Etat, l'institution compétente de ce dernier Etat sera fondée à ne pas la retenir pour le calcul de l'ouverture des droits, quand bien même celle-ci lui aurait été signalée comme une période assimilée dans le cadre des procédures de liaison entre institutions actuellement en vigueur.
Il est à souligner par ailleurs que les caisses devront veiller à ce que, dans les relevés des périodes d'assurance qu'elles effectuent pour des assurés qui vont être affiliés à la sécurité sociale monégasque, figurent bien les périodes de chomage indemnisé : à Monaco en effet celles-ci sont assimilées à des heures de travail.

3.2. L'abrogation du régime de la maladie préexistante (art. 6, paragraphe 2, de la convention modifiée)

Avant modification de la convention, en cas de passage du régime français au régime monégasque, ce dernier ne versait les prestations afférentes au risque « maladie » que pour les affections qui s'étaient déclarées postérieurement à la dernière affiliation du travailleur à ce régime.
Depuis le 1er octobre 1998, les prestations de l'assurance maladie accordées aux assurés du régime français passant au régime monégasque de sécurité sociale sont donc totalement à la charge du régime monégasque à compter de leur nouvelle affiliation. Les assurés des régimes français devront être avisés de ces nouvelles dispositions.

3.3. Le cas des maintiens de droit (art. 9 de l'arrangement administratif général modifié)

L'article 9 de l'arrangement administratif général modifié vise à conserver le bénéfice du maintien des droits aux assurés qui, bénéficiant de ce maintien en application de la législation de l'un des deux Etats, débutent une activité sur le territoire de l'autre Etat, sans pouvoir immédiatement justifier, ni en application du droit interne, ni par l'effet de la totalisation des périodes d'activité ou d'assurance prévues par la convention, de la condition de durée de travail ou d'immatriculation à laquelle est subordonné le service des prestations en nature et/ou en espèces par l'institution du lieu de travail.
Ce maintien de droit consiste à mettre à la charge du régime de sécurité sociale auquel l'intéressé était précédemment affilié le service des prestations en nature et en espèces d'assurance maladie. Ce mécanisme est appelé à ne concerner qu'un petit nombre de personnes, essentiellement un public de jeunes actifs ayant peu travaillé avant d'être au chomage. Dès que ces travailleurs totalisent des périodes d'assurance leur ouvrant des droits, ce dispositif de maintien de droit ne doit plus jouer.
Il est à noter que les règles posées lors de la commission franco-monégasque des 14 et 15 mai 1984 en ce qui concerne la prise en charge des prestations dues au titre de l'assurance maladie-maternité des chômeurs indemnisés demeurent applicables.

Elles peuvent être résumées comme suit :

- les prestations en nature sont servies et prises en charge par l'institution de l'Etat du lieu de

résidence ;

- les prestations en espèces sont servies et prises en charge par l'institution de l'Etat auquel le salarié était affilié au moment de la perte d'emploi.

Par chômeur indemnisé il faut entendre un chômeur indemnisé soit par les ASSEDIC, soit par son administration ou encore par un établissement public s'il s'agit d'un agent contractuel.
Il est indiqué, pour mémoire, que la validation au titre de l'assurance vieillesse des périodes de chômage indemnisé incombe au régime auprès duquel les intéressés étaient affiliés au moment de la perte d'emploi.

3.4. La détermination de la législation applicable en cas de maternité (art. 7 de la convention modifiée et art. 10 de l'arrangement administratif général modifié)

Les dispositions de l'article 7 de la convention modifiée sont inchangées. Elles prévoient, en cas de changement de régime d'affiliation au cours de la grossesse, un maintien des prestations de maternité (en nature et en espèces) du régime qui était applicable à la date présumée de la conception. La date présumée de la conception est le premier jour du 9e mois avant la date présumée de l'accouchement telle qu'elle est mentionnée dans le certificat de première constatation de la grossesse.
Cette mesure correspond au souci de simplifier les formalités pour les femmes enceintes qui dépendent ainsi de la même caisse pendant toute la durée de leur maternité.

3.5. La détermination de la législation applicable dans le cas particulier des occupations simultanées et des règles de priorité

Il y a lieu de rappeler que les dispositions arrêtées d'un commun accord par les autorités compétentes des deux pays lors des commissions mixtes de novembre 1954 et de mars 1961 demeurent applicables.
Pour les travailleurs salariés ou assimilés occupés, dans la même journée ou dans la même semaine, par deux ou plusieurs employeurs établis respectivement sur le territoire de chacun des deux Etats, le service des prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie-maternité est assuré dans les conditions suivantes :

- l'ouverture des droits aux prestations est effectuée en tenant compte le cas échéant des périodes de travail accomplies tant dans l'un que dans l'autre pays ;
- les prestations en nature sont servies, selon la législation qu'elle applique, par l'institution du pays de résidence et restent à sa charge.
- les prestations en espèces sont servies par l'institution du pays de résidence, d'une part, selon la législation qu'elle applique et pour son propre compte, sur la base des salaires ayant servi d'assiette aux cotisations perçues dans ledit pays, d'autre part, pour le compte de l'institution de l'autre pays et selon la législation de cet autre pays, sur la base des salaires ayant servi d'assiette aux cotisations perçues dans ce dernier pays.

En ce qui concerne les prestations en espèces, toutefois, et eu égard aux difficultés pratiques à verser de telles prestations pour le compte d'un autre organisme et de les calculer selon la législation que ce dernier applique, il n'y aurait que des avantages, si un tel cas se présentait, à ce que chacun des deux organismes, français et monégasque, concernés liquide et serve les seules prestations dont la charge lui incombe.
En dehors des cas ci-dessus mentionnés, il a été décidé (commission mixte, novembre 1954) que, lorsqu'un travailleur pourrait faire valoir des droits aux prestations de l'assurance maladie auprès des institutions compétentes des deux pays à la fois, ces prestations seraient à la charge de la seule institution du pays dont le travailleur relevait à la date de la première constatation médicale de la maladie.

4. Modalités de prise en charge des soins de santé des pensionnés

4.1. Le cas des monopensionnés (art. 10, paragraphe 1, de la convention modifiée et art. 11 ter de l'arrangement administratif général modifié)

L'ancien article 19, paragraphe 2, de la convention tel qu'issu de l'avenant du 17 décembre 1979 entraînait une répartition inégale des charges entre les régimes monégasque et français pour le service des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité au titulaire d'une pension d'un Etat

qui réside dans l'autre Etat. En effet la référence dans cet article à une condition de « durée minimale d'activité salariée éventuellement exigée (...) pour obtenir une (...) pension », qui de fait ne s'appliquait que du côté monégasque, conduisait à mettre à la charge du régime français une partie des pensionnés de ce régime résidant à Monaco (ceux dont la pension rémunère moins de dix ans d'activité), alors que tous les pensionnés du régime monégasque résidant en France étaient à la charge du seul régime français.
Le nouvel article 10, paragraphe 1 de la convention, qui se substitue à cet article 19, paragraphe 2, pose désormais l'unique règle de la prise en charge des prestations en nature versées au titre de l'assurance maladie-maternité au monopensionné et à sa famille par l'Etat de résidence.
A compter du 1er octobre 1998, les remboursements prévus par l'article 42 de l'arrangement administratif général qui est abrogé n'ont plus lieu d'être entre l'Etat débiteur de la pension et l'Etat de résidence qui servait les prestations pour le compte de l'autre Etat.
L'article 11 ter de l'arrangement administratif modifié précise les formalités d'inscription auxquelles sont soumis les monopensionnés et leurs familles pour obtenir le service des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité dans l'Etat de résidence.
En ce qui concerne les titulaires de pensions ou de rentes du régime monégasque résidant en France, il est à noter que l'inscription requise se fait auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du pensionné quel que soit le régime de sécurité sociale concerné à Monaco (régime des travailleurs indépendants ou régime des salariés).
Par ailleurs, il y a lieu de considérer que « l'attestation délivrée par l'institution débitrice de la pension ou de la rente et établissant les droits de l'intéressé aux prestations en nature » peut être remplacée par le titre de pension lui même lorsque les assurés ne sont pas munis de cette attestation.

4.2. Le cas des polypensionnés
(art. 10, paragraphe 2 de la convention modifiée)

L'article 10, paragraphe 2 de la convention modifiée met à la charge de l'Etat de résidence les remboursements des soins de santé dus au titre des assurances maladie-maternité accordés aux titulaires de pensions ou de rentes obtenues en application des deux législations monégasque et française (ou à leur famille).
La règle ainsi édictée vise à déterminer la législation applicable au regard de la convention, sans préjudice de la question du régime de sécurité sociale compétent sur le plan interne si l'assuré est titulaire de plusieurs pensions françaises. Les mécanismes de la coordination interne s'appliquent au regard de la seule carrière d'assurance de l'intéressé en France.

4.3. Procédures et personnes concernées
(art. 10, paragraphes 3 et 4 de la convention modifiée)

En application de l'article 10, paragraphe 3 de la convention modifiée, les titulaires de pensions ou de rentes et les membres de leur famille sont astreints, comme les autres assurés, aux mêmes procédures administratives pour l'accès aux soins dans la principauté : s'ils ne résident pas dans le département des Alpes-Maritimes, ils peuvent néanmoins recevoir des soins en cas « d'immédiate nécessité » lors d'un séjour ou un passage temporaire dans la principauté. S'ils séjournent temporairement dans le département des Alpes-Maritimes, ils peuvent également recevoir des soins dans la principauté en cas « d'immédiate nécessité ».
En revanche, quand les soins ne revêtent pas de caractère d'urgence et que les pensionnés et leur famille ne résident pas dans le département des Alpes-Maritimes, ces pensionnés et leur famille sont soumis à une autorisation de leur caisse d'affiliation française.
Il est à noter que l'article 10, paragraphe 4 de la convention modifiée précise que : « les termes de pension ou de rente signifient indifféremment pension d'invalidité, rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle ou pension de vieillesse, et pour les pensions de vieillesse, pension liquidée au titre de la seule législation nationale ou pension liquidée au titre de l'article 25, paragraphe 1 ou paragraphe 2 de la convention », faisant ainsi référence aussi bien aux pensions attribuées aux personnes n'ayant accompli une carrière d'assurance que dans un seul Etat qu'aux pensions attribuées aux personnes ayant accompli une carrière mixte qu'il s'agisse dans ce dernier cas de pensions nationales (sans totalisation) ou de pensions proratisées (avec totalisation).
Par pensions et rentes, il faut entendre également pensions de réversion et rentes de survivants des accidentés du travail.

4.4. Le précompte de cotisations sur les pensions de retraite

(art. 15 de la convention modifiée)

L'article 15 de l'avenant n° 5 reproduit les anciennes dispositions de l'article 19, paragraphe 4, relatif à la retenue sur pensions des cotisations d'assurance maladie, permettant à l'Etat assurant la charge des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité des pensionnés et de leurs familles de financer cette couverture sociale au moyen d'un prélèvement sur la pension ou la rente versée. La règle ainsi édictée se limite à prohiber pour l'Etat débiteur de la pension de retraite ou de la rente la possibilité d'opérer un prélèvement de cotisation d'assurance maladie-maternité dès lors qu'il n'a pas à supporter les dépenses afférentes à ces risques.
Les dispositions de l'article 10 de l'avenant à la convention ont généralisé le principe de la mise à la charge du pays de résidence des soins de santé des pensionnés et de leur famille.
Dès lors, la question de la contribution des intéressés aux charges d'assurance maladie supportées par les régimes français revêt une importance plus grande.
Toutefois, les règles en vigueur en matière d'assujetissement et de recouvrement de la CSG ne permettent pas d'assurer cette contribution.
Aussi, une circulaire complémentaire donnera ultérieurement des précisions sur les modalités de prélèvement de la CSG sur les pensions servies par les régimes monégasques donnant droit à une couverture d'assurance maladie à la charge de la France.
A l'inverse, les pensionnés du régime français résidant à Monaco, assujettis à une cotisation d'assurance maladie en application de la législation interne monégasque acquitteront celle-ci selon la procédure définie par les autorités monégasques. A noter que selon ces dernières :

- s'ils relevaient du régime français des travailleurs indépendants avant de percevoir leur avantage de retraite à Monaco, ils sont redevables d'une cotisation forfaitaire d'assurance maladie au profit du régime monégasque au même titre que les nationaux de cet Etat ;
- s'ils relevaient du régime des travailleurs salariés, ils sont exemptés de prélèvement comme le sont les anciens travailleurs salariés de cet Etat.

Il est à noter que les termes de l'échange de lettres intervenu le 15 mai 1984 entre les présidents des délégations française et monégasque de la commission mixte prévue par la convention demeurent d'actualité : les titulaires d'une allocation de retaite complémentaire servie par une institution française relevant de l'ARRCO ou de l'AGIRC, dans le cadre de l'extension des régimes complémentaires à Monaco, peuvent être exonérés de la cotisation précomptée sur leur allocation, à la triple condition :

- de résider à Monaco ;
- d'être titulaires d'une pension du régime de base d'assurance vieillesse monégasque ;
- et d'avoir droit aux prestations en nature d'assurance maladie et maternité du régime monégasque au titre de cette pension de base.

5. Modalités de remboursement des frais encourus pour des soins reçus à Monaco (art. 11 de la convention modifiée, arrangement administratif général modifié et arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques)
L'ensemble des modalités de prise en charge des soins reçus par des assurés français sur le territoire de la principauté s'applique pour ces derniers quel que soit leur lieu de résidence en France, la seule différenciation opérée concernant le type de soins couverts (caractère d'urgence des soins prodigués aux assurés en situation de passage temporaire ou séjour temporaire dans la principauté ou de séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes, tout type de soins pour les personnes résidant dans le département des Alpes-Maritimes) ainsi que certaines formalités administratives leur incombant (nécessité de détenir une autorisation de la caisse d'affiliation pour des soins programmés à Monaco, donc ne revêtant pas de caractère d'urgence pour les personnes ne résidant pas dans le département des Alpes-Maritimes).
Les tarifs des consultations, hospitalisations ou autres frais à la charge des assurés français pour des soins reçus à Monaco sont remboursés dans les mêmes conditions quel que soit leur lieu de résidence en France, le taux de prise en charge variant cependant selon l'appartenance de l'assuré à un régime de sécurité sociale spécifique (régime général, régime des travailleurs indépendants ou autre).
5.1. Les frais médicaux et le conventionnement des professionnels de santé (art. 11, paragraphe 1 a) de la convention modifiée et art. 11 bis de l'arrangement administratif général)

L'article 11, paragraphe 1 a) de la convention modifiée reproduit les anciennes dispositions de l'article 10 abrogé par l'avenant n° 5. Selon cet article : « Les frais médicaux correspondant aux actes dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant régulièrement leur activité à Monaco sont remboursés dans les mêmes conditions que les soins de même nature dispensés en France, selon les taux de remboursement et dans la limite des tarifs qui sont appliqués par les institutions de sécurité sociale de ce dernier Etat. »
Ceci signifie que la prise en charge des soins reçus à Monaco doit obéir aux mêmes règles que celles spécifiées par la législation française avec en l'occurrence, application de la nomenclature ou de la procédure d'entente préalable ou du ticket modérateur.
Depuis la commission mixte d'avril 1965, il a été admis que l'application de la législation française impliquait notamment la possibilité, pour les organismes professionnels des praticiens et auxiliaires médicaux exerçant régulièrement leur activité à Monaco de signer au nom de leurs membres une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes et pour ces derniers de souscrire une adhésion personnelle à la convention-type, avec toutes les obligations qui s'y attachent.
La convention entre les caisses nationales et les syndicats nationaux de praticiens est depuis lors ouverte aux médecins monégasques qui ont la possibilité d'y adhérer en précisant le secteur optionnel choisi.
La même extension a été réalisée pour chacune des conventions nationales passées par les caisses nationales et les syndicats nationaux des différentes professions d'auxiliaires médicaux.
S'agissant des obligations découlant de l'adhésion des professionnels de santé aux conventions types (côté français) ou conventions (côté monégasque) les liant aux organismes de sécurité sociale de l'autre Etat contractant, tel que posées par l'article 16 de la convention modifiée, l'article 11 bis de l'arrangement administratif général précise que les praticiens et auxiliaires médicaux doivent s'engager à respecter les obligations en découlant.
L'ensemble des dispositions conventionnelles sera opposable aux professionnels de santé y adhérant à l'exception des clauses sociales (prise en charge de cotisations), des clauses fiscales, des quotas d'actes, des clauses de limitation de l'activité, etc., ne pouvant les concerner.

Les droits et obligations les concernant sont les suivants :
- utilisation des imprimés nationaux et des feuilles de soins ou de leurs substituts ;

- rédaction des ordonnances ;
- paiement des honoraires ;
- application de la nomenclature des actes ;
- application du tiers payant conventionnel ;
- formalités de l'entente préalable ;
- références médicales ou références techniques opposables ;
- codage des actes ;
- télétransmission.

Ces différentes obligations sont sanctionnées le cas échéant par application des dispositions du contentieux du contrôle technique mentionnées à l'article 16 de la convention modifiée (cf. point 6-3 ci-après). A noter que le conventionnement d'un professionnel de santé dans un Etat est a priori sans incidence sur son conventionnement dans l'autre Etat.

5.2. Les frais pharmaceutiques, d'appareillage, d'analyse et d'examens de laboratoire (art. 11, paragraphe 1 b) de la convention modifiée)

L'article 11, paragraphe 1 b) de la convention modifiée reproduisant les dispositions de l'article 12 abrogé précise que : « Les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire exposés sur le territoire monégasque sont remboursés dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur dans ce dernier Etat, pour autant qu'il s'agisse respectivement de médicaments figurant sur la liste de médicaments remboursables prévue par la législation française, d'appareils de prothèse ou d'orthopédie délivrés dans les conditions fixées par la législation française par des fournisseurs agréés en application de la réglementation monégasque, et d'analyses et d'examens effectués dans des laboratoires agréés en application de la réglementation monégasque ».
Le remboursement des spécialités pharmaceutiques prescrites par des médecins installés à Monaco par la sécurité sociale française est subordonné à leur inscription sur la liste française des

médicaments remboursables.
Les fournisseurs d'appareils de prothèse ou d'orthopédie doivent donc être agréés en application de la réglementation monégasque, tandis que les appareils doivent être conformes à l'homologation requise par la législation française.
Les analyses ou examens réalisés sur le territoire monégasque doivent avoir été effectués par des laboratoires agréés en application de la réglementation monégasque.
Les pharmacies et laboratoires d'analyses médicales peuvent adhérer aux conventions ou protocoles d'accord français concernant leurs professions. Lorsqu'elles adhèrent à de telles conventions, les professions concernées sont tenues de respecter les obligations en découlant, notamment le tiers payant, le codage des actes et la télétransmission.
Les fournisseurs d'appareillage situés dans la principauté ne peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais.

5.3. Les frais de transport (application de l'art. 11 e) de la convention modifiée)

En application de l'article 11 e) de la convention modifiée : « Les frais de transport exposés pour les déplacements vers ou à partir du territoire monégasque sont remboursés dans les conditions fixées par la réglementation française et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur en France, à condition, s'il s'agit de transports sanitaires, qu'ils soient effectués par des personnes agréées en application de la réglementation française ou de la réglementation monégasque. »
Cela signifie concrètement que la prise en charge des transports vers ou à partir de Monaco est ouverte aux entreprises des deux Etats dès lors qu'elles sont agréées dans le pays d'origine.
Les transporteurs sanitaires français et monégasques doivent garantir à tous les assurés sociaux un niveau de prestations de qualité et l'exercice du libre choix par l'assuré entre tous les transporteurs sanitaires.
L'article 11, paragraphe 1 c, de la convention modifiée vise uniquement les transports entre le territoire français et le territoire monégasque et inversement. Les transports réalisés exclusivement à l'intérieur du territoire français par une entreprise de transport monégasque ou exclusivement à l'intérieur du territoire monégasque par une entreprise de transport française sont exclus du champ d'application des dispositions conventionnelles et ne peuvent donc donner lieu à remboursement.
La prise en charge s'examine dans les conditions et les modalités de la législation française visées par les articles R. 322-10 à R. 322-10-6 du code de la sécurité sociale (situations de prise en charge, prescriptions médicales, formalités de l'entente préalable...).
L'entreprise monégasque doit adhérer à la convention qui organise les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les caisse d'assurance maladie, à l'exception des articles 4, alinéa 2, 5, 9, et 12 de ladite convention, relatifs à la dispense d'avance des frais. En effet, les articles 11 bis et 2 de l'arrangement administratif ne prévoit pas la possibilité de tiers-payant.
Les transports sont remboursés, sur la base des frais exposés, dans la limite des tarifs mentionnés dans l'annexe tarifaire de la convention concernant les transporteurs sanitaires privés susévoquée.
Les manquements aux règles posées par les articles précités du code de la sécurité sociale ou aux clauses de la convention des transporteurs sanitaires privés pourront donner lieu aux sanctions prévues par l'article 19 de cette dernière convention.

5.4. Les frais exposés dans les établissements publics et privés de soins monégasques (art. 11, paragraphe 1 c et d, de la convention modifiée et 2 de l'arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques)

L'article 11, paragraphe 1 c, de l'avenant dispose que : « Les frais exposés dans les établissements publics de soins monégasques sont remboursés suivant le tarif en vigueur dans ces établissements, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et selon les taux de remboursements applicables dans ce dernier Etat », et le d) de ce même article concernant les frais exposés dans le secteur hospitalier privé agréé par les autorités monégasques dispose que ces frais sont pris en charge « dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier Etat ». L'application de la réglementation française en cas d'hospitalisation dans un établissement monégasque public ou privé implique la mise en oeuvre des dispositions concernant le forfait hospitalier visé à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
L'application du forfait hospitalier doit être effectuée dans les conditions fixées par la réglementation française en défalquant son montant du prix de journée réglé à l'établissement hospitalier

monégasque, s'il bénéficie de la procédure de tiers payant, ou du prix de journée réglé par l'assuré et remboursé ensuite par l'institution compétente, dans les autres cas.

5.4.1. Les références tarifaires opposables pour le secteur public et le secteur privé du CHPG de Monaco

a) Le secteur public du CHPG

L'article 11, paragraphe 1 c, de la convention modifiée renvoie à un arrangement administratif particulier s'agissant des références tarifaires servant de plafonds aux remboursements effectués par la sécurité sociale française et pour les autres modalités de mise en oeuvre des principes généraux posés.
La convention modifiée généralise le principe du plafonnement des soins dans les établissements hospitaliers monégasques en l'étendant à l'hôpital public, alors que sous l'empire des dispositions conventionnelles précédentes, seuls les soins reçus dans les structures privées étaient soumises à un plafonnement des remboursements.
L'article 2 de l'arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques mentionnés aux articles 11, paragraphe 1 c et d, et 12, paragraphe 1 c et d, de la convention retient pour le centre hospitalier princesse Grace (secteur public) la référence aux tarifs du CHU de Nice pour la plupart des disciplines médico-tarifaires de cet établissement tant pour les soins externes que pour les hospitalisations. La référence à un autre hôpital que le C.H.U de Nice ne vaut que pour les disciplines du CHPG qui n'ont pas leur équivalent dans le CHU de Nice, à savoir la chimiothérapie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et le service des soins infirmiers à domicile, le cas de la chirurgie ambulatoire étant à part.
Les traitements de chimiothérapie au CHPG sont remboursés dans la limite des tarifs de l'établissement français de référence, le centre Antoine-Lacassagne et l'hospitalisation à domicile dans la limite des tarifs du centre hospitalier de Cannes.
S'agissant des soins infirmiers à domicile, la référence aux tarifs plafonds du « service de soins infirmiers de l'hôpital le plus proche » désigne celui de l'hôpital de Tende.
En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, le choix ou la référence tarifaire à la clinique Saint-Georges, située dans le département des Alpes-Maritimes, a paru être le meilleur élément de comparaison au moment de la négociation.
Lorsque la référence aux tarifs du CHU de Nice existe pour les différentes disciplines médico-tarifaires du CHPG, une correspondance entre celles-ci et celles de l'établissement de référence est réalisée dans l'arrangement administratif puisque le libellé de celles-ci diffère entre les deux établisements. C'est ainsi que les accouchements, y compris avec interventions chirurgicales, sont tarifées en France par référence à la discipline médico-tarifaire « médecine et spécialités médicales », alors qu'à Monaco elles le sont par référence à celles de la « chirurgie ». Les accouchements réalisés au CHPG, avec ou sans intervention chirurgicale, sont ainsi facturés à l'assuré et aux organismes de la sécurité sociale français par référence à la discipline « médecine et spécialités médicales ».
Les références tarifaires plafonds du CHPG (secteur public) pour l'année 1998 sont les suivantes :

a) Médecine et spécialités médicales, CHU de Nice : 2 799,90 F.
Disciplines médico-tarifaires monégasques correspondantes :
- médecine ;
- pédiatrie ;
- pneumologie ;
- cardiologie ;
- neuropsychiatrie ;
- maternité.

b) Chirurgie et spécialités chirurgicales, CHU de Nice : 3 669 F.

Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :
- chirurgie.

c) Spécialités coûteuses, CHU de Nice : 8 990,40 F.

Disciplines médico-tarifaires monégasques correspondantes :
- réanimation ;
- soins intensifs de cardiologie.

d) Moyen séjour, CHU de Nice : 1 729,20 F.

Disciplines médico-tarifaires monégasques correspondantes :
- chroniques ;
- géronto-psychiatrie.

e) Chimiothérapie ambulatoire, centre Antoine-Lacassagne : 1 851 F.

Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :
- chimiothérapie.

f) Hôpital de jour médecine, CHU de Nice : 2 799,90 F.

Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :
- hôpital de jour.

g) Hospitalisation à domicile, centre hospitalier de Cannes : 881 F.

Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :
- hospitalisation à domicile.

h) Service de soins infirmiers à domicile, service de soins infirmiers de l'hôpital public français le plus proche : 171,10 F.

Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :
- service de soins infirmiers à domicile.

i) Chirurgie ambulatoire, clinique Saint-Georges, forfait accueil n° 1 : 599,84 F, forfait accueil n° 2 : 381,72 F, F.S.O. : 20,26 F, F.E. : 15,20 F, A.R.E : 20,26 F, honoraires en sus.
Discipline médico-tarifaire monégasque correspondante :

- chirurgie ambulatoire.

b) Le secteur privé du CHPG de Monaco

L'article 11, paragraphe d, de la convention modifiée renvoie à l'arrangement administratif particulier mentionné ci-dessus pour ce qui relève de la description précise des références tarifaires servant de plafonds aux remboursements effectués par la sécurité sociale et pour les autres modalités de mise en oeuvre des principes généraux posés.
Les références tarifaires plafonds du CHPG (secteur privé) sont uniquement celles du CHU de Nice.
Elles sont fixées forfaitairement (frais de séjour et honoraires compris) pour l'année 1998 comme suit :
a) Médecine et spécialités médicales (CHU de Nice : 2 799,90 F), disciplines médico-tarifaires monégasques correspondantes : médecine, pédiatrie, pneumologie, cardiologie,

neuropsychiatrie et maternité.
b) Chirurgie et spécialités chirurgicales (CHU de Nice : 3 669 francs), discipline médico-tarifaire monégasque correspondante : chirurgie.
c) Chirurgie ambulatoire (clinique Saint-Georges), discipline médico-tarifaire monégasque correspondante : chirurgie ambulatoire (forfait accueil n° 1 : 599,84 F, forfait accueil n° 2 : 381,72 F, FSO : 20,26 F, FE : 15,20 F, ARE : 20,26 F [honoraires en sus]).

5.4.2. Règle de double plafonnement
pour certaines spécialités médicales pour le CHPG

L'article 2 1) de l'arrangement administratif pariculier sus évoqué précise que, s'agissant des assurés des régimes français, les soins dispensés dans les établissements monégasques sont remboursés, en toute hypothèse, dans la limite des tarifs pratiqués par les établissements français de référence dont une liste est donnée. Cet article de l'arrangement administratif énumère les différents tarifs plafonds opposables aux assurés sociaux français par référence à un établissement français et à une discipline qui y est pratiquée comme cela a été indiqué au paragraphe 5.4.1 A) et B).
Toutefois, il a été décidé d'appliquer, pour les seuls secteurs public et secteur privé du CHPG, une règle plus contraignante de plafonnement des remboursements dans la limite des tarifs du CHU de Nice pour tenir compte des différentes sujétions auxquelles sont soumises les établissements hospitaliers de part et d'autre de la frontière, ainsi que des exigences de la politique de maîtrise des dépenses de santé mise en oeuvre dans chacun des deux Etats.
Cette règle, énoncée au 3) de l'article 2 de l'arrangement administratif particulier, prévoit, s'agissant de ces deux secteurs et pour des disciplines qui ont leurs équivalents regroupés selon la terminologie utilisée dans le CHU de Nice sous les vocables médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, spécialités coûteuses, hôpital de jour médecine et moyen séjour, que les remboursements sont effectués dans la limite de plafonds particuliers déterminés d'un commun accord.
A compter du 1er octobre 1998, les tarifs plafonds de ces principales disciplines médico-tarifaires du CHPG (secteur public et privé), figurant en annexe de l'arrangement administratif particulier susévoqué, sont les suivants :

DISCIPLINES MÉDICO-TARIFAIRES À MONACO	MONTANTS
Médecine	2 575 francs
Hospitalisation de jour médecine	2 575 francs
Chirurgie	3 375 francs
Spécialités coûteuses	7 830 francs
Moyen séjour	1 475 francs

L'article 3 de l'arrangement administratif particulier fixe les règles d'évolution de ces derniers tarifs pour les années suivantes (index calculé par rapport de revalorisation de la dotation du CHU de Nice moyennant quelques correctifs). Ces tarifs seront diffusés au début de chaque année par la CPAM de Nice.
S'agissant du secteur public du CHPG, les tarifs figurant en annexe de l'arrangement particulier ci-dessus mentionné et qui correspondent aux tarifs pratiqués par cet établisement à compter du 1er octobre 1998 coïncident avec les tarifs limites de remboursement.
Par contre pour le secteur privé du CHPG, les remboursements vont s'effectuer d'après les frais exposés, ceux-ci étant regroupés (honoraires et frais de séjour) dans une facture unique dans la limite des tarifs plafonds fixés pour le secteur public figurant en annexe de l'arrangement administratif particulier.
L'Agence régionale de l'hospitalisation de la région PACA communiquera aux autorités monégasques autour du 15 décembre le chiffre retenu pour l'augmentation de la dotation du CHU de Nice, avant même que la loi de financement de la sécurité sociale ne soit publiée et que les dotations dévolues aux établissements du département des Alpes Maritimes ne fassent l'objet d'un arrêté de publication pour que les autorités monégasques puissent en tirer les conséquences nécessaires pour la tarification des établissements sous leur tutelle.

5.4.3. Les frais exposés dans les autres établissements agréés privés monégasques
A. - Le centre cardiothoracique

L'article 11 d) de la convention modifiée ayant posé la règle selon laquelle : « les frais exposés dans les établissements privés agréés en application de la règlementation monégasque sont remboursés, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier Etat », la prise en charge de soins reçus dans ce centre obéit aux mêmes règles que celles prévalant en France.
Selon les dispositions de l'article 2 de l'arrangement administratif particulier, les frais exposés dans le centre cardio-thoracique sont remboursés dans la limite des tarifs plafonds du CHU de Nice. Le centre n'ayant pas de tarif propre à opposer aux assurés des régimes français, le tarif limite coïncide avec le tarif à opposer aux assurés des régimes français.
Il conviendra de contrôler tout particulièrement la bonne référence à une discipline médico-tarifaire du CHU de Nice dans les facturations de frais d'hospitalisation du centre, ces disciplines médico-tarifaires résultant de la circulaire ministérielle DH n° 192 du 6 juillet 1987. En effet, le double mécanisme de plafonnement décrit au paragraphe 5.4.2 ne s'applique pas au centre cardio-thoracique alors même que ce centre n'a pas à prendre en charge toutes les contraintes de service public lié au statut du CHU de Nice.
Les soins afférents aux interventions suivantes doivent être tarifées par référence aux tarifs suivants :

- cardiologie infantile : tarif « Médecine et spécialités médicales » ;
- médecine cardio-vasculaire : tarif « Médecine et spécialités médicales » ;
- chirurgie thoracique et cardio-vasculaire : tarif : « Chirurgie et spécialités chirugicales ».

Les deux tarifs applicables le plus fréquemment dans l'établissement sont donc ceux de la « médecine et spécialités médicales » et de la « chirurgie et spécialités chirurgicales ».
Dans le cas où le patient, à l'occasion d'une phase particulièrement aigue de son hospitalisation a besoin de soins de réanimation ou de surveillance continue, la section tarifaire applicable s'intitule « spécialités couteuses ». Dans ce dernier cas, la facture opposable à l'assurance maladie comportera les deux tarifs « médecine et spécialités médicales » et « spécialités coûteuses » ou « chirurgie et spécialités chirurgicales » et « spécialités coûteuses ».
Les références tarifaires plafonds du centre cardiothoracique pour l'année 1998 sont les suivantes :
Les disciplines médico-tarifaires du centre hospitalier universitaire de référence sont les suivantes :

- médecine et spécialités médicales CHU de Nice 2 799,90 F ;
- chirurgie et spécialités chirurgicales CHU de Nice 3 669 F ;
- spécialités coûteuses (CHU de Nice 8 990,40 F) :
- réanimation médicale et chirurgicale ;
- surveillance continue médicale et chirurgicale.

B. - Le centre d'hémodialyse

Pour le centre d'hémodialyse a été retenue la référence aux tarifs plafonds de l'Institut Arnaud Tzanck. Comme pour l'autre établissement privé mentionné ci-dessus, cet établissement n'a pas de tarif propre à opposer aux assurés des régimes français. Dans ces conditions le tarif limite coïncide avec le tarif à opposer aux assurés des régimes français.
Les références tarifaires plafonds du Centre d'hémodialyse à compter du 1er octobre 1998 sont les suivantes :

- hémodialyse pour chroniques adultes, soins ambulatoires Centre Arnault Tzanck 1 883,34 F (ce forfait comprend l'Eprex mais pas les honoraires).

5.4.4. Mesures transitoires

Les traitements et des séjours commencés à la date du 1er octobre 1998 et se poursuivant après cette date (séjours hospitaliers « à cheval » et actes « en série ») sont remboursés selon les dispositions antérieures à celles prévues par l'accord du 20 juillet 1998 :

- s'agissant des assurés qui entraient dans le champ d'application personnel de la

convention avant sa modification par l'avenant n° 5, les tarifs applicables en début de séjour ou de traitement sont retenus pour l'ensemble du séjour ou des actes ;

- s'agissant des assurés qui n'entraient pas dans le champ d'application personnel de la convention avant sa modification par l'avenant n° 5, il convient de retenir les règles de l'article R. 332-2 du code de la sécurité sociale qui emportent, après avis favorable du médecin conseil national de la CNAMTS, le remboursement des frais encourus sur la base d'un forfait défini sur le plan national.

5.5. Les accords complémentaires

Les paragraphes 2 et 3 de l'article 11 de la convention modifiée, laisse la possibilité aux institutions françaises de la sécurité sociale et aux partenaires monégasques - établissements de soins et membres des professions de santé - de négocier des accords dits « complémentaires » dans le domaine administratif, financier et technique. Ces accords contractuels doivent être signés par les autorités compétentes des deux états : leur vocation est d'introduire plus de souplesse dans le dispositif élaboré.
Ces accords contractuels peuvent notamment permettre à des établissements privés monégasques de bénéficier de la procédure de tiers payant en échange de tarifs plus avantageux pour les assurés français.
Les caisses seront informées de la conclusion et du contenu de tels accords par lettres ministérielles complémentaires à la présente circulaire.

5.6. Modalités de facturation et tiers payant

(art. 3, 5, 6 de l'arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques)
L'arrangement administratif particulier concernant les modalités de remboursement des frais exposés dans les établissements de soins français et monégasques énonce également des principes à caractère général concernant les modalités de facturation et de tiers payant.
L'article 3 de cet arrangement pose le principe suivant lequel, lorsque le tarif limite revêt un caractère forfaitaire, les remboursements effectués par la sécurité sociale doivent prendre en compte ces éléments « tous compris » : ainsi, lorsque il est fait référence aux tarifs limites du CHU de Nice, ces tarifs intégrant les différents frais divers afférents au séjour et comprenant les honoraires des médecins, ces mêmes frais encourus par les établissements monégasques ne peuvent donner lieu à remboursement deux fois.
L'article 5 complète cet article en précisant que : « la facturation doit être complète et détaillée pour chaque séjour dans un établissement de soins. Elle doit permettre très précisément l'identification des honoraires et des prestations non comprises dans le prix de journée (forfait salle d'opération, forfait médicament sang) etc. ». Ces indications sont de nature à donner toute leur portée à la notion de factures globales pour des établissements privés n'ayant pas de prix de journée tous éléments confondus. Les factures établies doivent recenser l'ensemble des éléments qui doivent être soumis à remboursement, et ainsi regrouper tous les frais afférents à une hospitalisation.
La procédure de tiers payant, en application de l'article 6 de l'arrangement précité, est instituée pour tous les établissements publics français et monégasques et peut être accordée au cas par cas aux établissements privés par le biais des accords complémentaires mentionnés ci-dessus.

5.7. Portée des règles posées dans l'arrangement administratif particulier (art. 3, 5, 6, 8 et 9 de cet arrangement administratif particulier)

L'arrangement administratif est conclu pour une durée de trois ans mais, en l'absence de dénonciation par l'une ou l'autre des parties, il se poursuit pour une durée indéterminée. En cas de dénonciation, l'ensemble des dispositions est maintenu, à titre provisoire, à l'exception de celles concernant le tiers payant.
Les règles édictées dans cet arrangement administratif particulier feront l'objet d'une évaluation dix-huit mois après l'entrée en vigueur provisoire de l'accord, soit au printemps de l'année 2000.

5.8. Le rôle de caisse de liaison

de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes
(art. 11 de l'arrangement administratif modificatif n° 4
de l'arrangement administratif général modifié du 5 novembre 1954)

L'article 11 de l'arrangement administratif général modifié pose le principe du paiement des prestations en nature pour les assurés d'un régime français par l'organisme débiteur de la prestation. Ces dispositions visent à préserver l'autonomie financière de chaque régime concerné en mettant à sa charge les dépenses afférentes à des soins reçus à Monaco par ses ressortissants. Toutefois, pour les dépenses liées à une hospitalisation, la caisse primaire des Alpes-Maritimes, dans le cadre d'une mission nationale, est désignée comme caisse de liaison à la fois pour les organismes du régime général et ceux des autres régimes. Sont visées par ces dispositions les prestations en nature de l'assurance maladie maternité et de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.
Afin de permettre à la CPAM de Nice érigée en « caisse de liaison » de suivre l'évolution des dépenses liées à une hospitalisation à Monaco, celle-ci représentant le principal poste de dépenses pour l'application de la convention franco-monégasque, la procédure décrite ci-dessous doit être suivie :
Pour les dépenses prises en charge dans le cadre de la procédure de tiers payant, la CPAM des Alpes-Maritimes reçoit des établissements hospitaliers monégasques les factures liées à une hospitalisation, quel que soit le régime de sécurité sociale de l'assuré concerné. Après contrôle des prix facturés, il appartient à celle-ci :

- soit de retourner les factures à l'hôpital en cas d'impossibilité pour la caisse de contrôler la facturation ou en cas de facturation manifestement incorrecte ;
- soit de les adresser aux organismes payeurs débiteurs des prestations pour liquidation.

Après liquidation, les organismes payeurs adressent le paiement accompagné du décompte à la CPAM des Alpes-Maritimes, à charge pour cette dernière d'effectuer le règlement des sommes dues aux établissements hospitaliers monégasques.
Pour les dépenses d'hospitalisation hors tiers payant, la CPAM des Alpes-Maritimes effectue un suivi statistique des prestations remboursées aux établissements hospitaliers monégasques, à partir des informations communiquées par les différents organismes débiteurs des prestations.
La procédure décrite ci-dessus vaut également pour les fonctionnaires gérés par les mutuelles locales.
Cette centralisation du prétraitement des demandes de remboursement, de même que la centralisation des avis médicaux, permettra de suivre très précisément l'évolution de l'essentiel des dépenses de santé induites par la convention et notamment d'établir avec les monégasques le bilan de l'accord intervenu.

VI. - MODALITÉS D'EXERCICE DU CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF
(art. 16 de la convention modifiée et article 11 bis
de l'arrangement administratif général du 5 novembre modifié)

L'avenant n° 5 à la convention franco-monégasque renforce considérablement les possibilités d'exercice du contrôle médical sur les ressortissants des régimes de sécurité sociale français recevant des soins dans la principauté de Monaco.
L'article 17 de la convention, abrogé par le présent avenant, limitait en effet l'exercice du contrôle médical sur le territoire de l'autre pays « aux bénéficiaires de soins » pour le versement des prestations de l'assurance maladie maternité et d'accidents du travail et maladies professionnelles par le jeu du renvoi de l'article 31. Le nouvel article 16 de la convention reprend les précédentes dispositions relatives au contrôle des assurés par les services médicaux compétents en application de la législation au titre de laquelle les prestations sont versées sur le territoire de l'autre Etat contractant et les complète par des dispositions visant les établissements et les professions de santé.

6.1. Le contrôle des assurés

Les assurés des régimes français recevant des soins à Monaco soit au titre des soins ambulatoires ou soit au titre des soins hospitaliers sont soumis aux mêmes obligations et aux mêmes procédures administratives et médicales que des assurés recevant des soins en France. A titre d'exemple, les formalités d'entente préalable pour des soins reçus à Monaco devront être accomplies dans les mêmes conditions que pour des soins reçus en France. Les avis obligatoires des médecins conseils sont à recueillir dans les mêmes conditions notamment pour les prises en charge de longue durée et pour l'ouverture de droits à une catégorie de prestations dans l'hypothèse des affections de longue durée.
Bien entendu, lorsque l'avis du médecin conseil est simplement facultatif, celui-ci est libre d'en apprécier l'opportunité pour des assurés recevant des soins à Monaco.
Les dispositions relatives aux expertises médicales et au contentieux général et technique doivent également recevoir application (art. 16, paragraphe 1, de la convention).
Il est à signaler que, faute de dispositions spécifiques concernant leur remboursement, les contrôles médicaux et administratifs des bénéficiaires de soins, qu'il s'agisse de l'assurance maladie, de l'assurance maternité ou de l'assurance accidents du travail, relèvent de l'entraide administrative prévue par l'article 34 de la convention et il a été convenu que cette entraide est en principe gratuite sauf si les autorités compétentes des deux Etats convenaient du remboursement de certains frais (procès-verbal de la commission mixte de mars 1961).
Le contrôle médical et administratif des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles indemnisées au titre de la législation française (cf. art. 38 de l'arrangement administratif général) est organisé selon les mêmes modalités que pour les titulaires de pensions d'invalidité (cf. art. 16 à 20 de l'arrangement administratif général) ou de pensions de vieillesse allouées au titre de l'inaptitude au travail (art. 35 de l'arrangement administratif général).
Ces dispositions prévoient le remboursement par l'organisme débiteur de la pension ou de la rente des frais réels exposés par l'organisme du lieu de résidence de la personne contrôlée.

6.2. Le contrôle des professions de santé (art. 16, paragraphes 1 et 2, de la convention modifiée et art. 11 bis 1° et 3° de l'arrangement administratif général modifié)

6.2.1. Le contentieux du contrôle technique (art. 16, paragraphe 1, de la convention modifiée)

L'article 16, paragraphe 1, reprend les anciennes dispositions mentionnées à l'ancien article 18 de la convention relatives au contentieux du contrôle technique visant les professions de santé pour des soins donnés aux assurés de l'autre Etat contractant : la législation française relative au contentieux du contrôle technique doit recevoir application pour des soins donnés à des assurés sociaux relevant des régimes français sur le territoire monégasque. Les articles L. 145-1 et suivants et R. 145-1 et suivants du code de la sécurité sont donc applicables aux professions de santé monégasques traitant des assurés des régimes français de sécurité sociale.

6.2.2. Les sanctions découlant des infractions aux obligations posées dans les conventions types des professions de santé (art. 16, paragraphe 2, de la convention modifiée et 11 bis, paragraphe 1, de l'arrangement général modifié)

L'article 16, paragraphe 2, de la convention modifiée rappelle que conformément à la pratique courante les professions de santé et auxiliaires médicaux monégasques soignant des assurés français et ayant souscrit par un contrat individuel aux conventions types régissant leurs relations avec les organismes de la sécurité sociale français sont tenus d'en respecter les termes et sont justiciables des mêmes procédures disciplinaires et sanctions que leurs homologues français, à l'exception des sanctions ordinales.
Comme il a été indiqué au point 5.1, l'ensemble des dispositions conventionnelles sera opposable à ces professionnels de santé à l'exception des clauses sociales (prise en charge des cotisations), des clauses fiscales, des quotas d'actes, des clauses de limitation de l'activité ne pouvant les concerner.

6.3. Le contrôle des établissements (art. 16 de la convention modifiée et 11 bis de l'arrangement administratif général modifié)

L'article 16 de la convention modifiée donne une base juridique certaine aux opérations de contrôle des assurés des régimes français soignés dans les établissements de soins monégasques.
Bien entendu la mise en oeuvre par le service médical des contrôles programmés ou inopinés dans les établissements monégasques est soumise au respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale. Les médecins conseils devront être en mesure de contrôler l'ensemble des documents permettant d'évaluer les durées effectives de séjour, le contrôle de l'adéquation du malade dans le service, et en conséquence devront avoir accès au dossier médical de l'assuré et aux compte-rendus d'hospitalisation ainsi que tous les éléments de facturation.
Il est souligné la nécessité de poursuivre régulièrement des contrôles ponctuels dans les établissements monégasques, tout particulièrement dans la phase initiale de l'application des nouveaux accords bilatéraux et de notifier, le cas échéant, les décisions de récupération des indus constatés.

6.4. La récupération des indûs (art. 11 bis, paragraphe 3 de l'arrangement administratif général modifié)

En application de l'article 11 bis, paragraphe 3 de l'arrangement administratif général modifié, la procédure de récupération des indus peut être mise en oeuvre aussi bien à l'encontre des professionnels de santé que des établissements hospitaliers monégasques lorsqu'ils dispensent des soins aux assurés des régimes français.
Ces professionnels de santé et autres ainsi que les établissements de soins sont justiciables de cette procédure en cas « d'inobservation des règles de facturation, de prescription médicale, de non respect des nomenclatures et tarifs existants (nomenclature générale des actes professionnels, nomenclature des actes de biologie médicale, tarif interministériel des prestations sanitaires) » ou lorsqu'ils se rendent coupables de carence mettant les médecins du service du contrôle médical dans l'impossibilité de produire un avis technique. Cette procédure vaut également en cas de séjour anormalement long dans un établissement hospitalier.
Cette procédure de récupération des indûs se fait au terme d'une procédure contradictoire.
S'agissant des professionnels de santé monégasques oeuvrant dans le cadre des conventions régissant leurs professions en France, ceux-ci sont soumis aux mêmes procédures que leurs homologues français en ce qui concerne les modalités de déconventionnement.

VII. - LES PRESTATIONS D'ASSURANCE DÉCÈS ET D'ASSURANCE « ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES »

7.1. Les prestations d'assurance décès (art. 19 et 20 de la convention modifiée et art. 12 de l'arrangement administratif général modifié)

L'article 19 de la convention modifiée reprend les anciennes dispositions de l'article 8 de la convention qui a été abrogé. Celles-ci permettaient la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture des droits au capital décès lorsque les assurés, au cours de leur carrière, ont été affiliés successivement aux régimes monégasques et français.
Dans le cas particulier des occupations simultanées, les principes déterminés lors des commissions mixtes des mois de janvier 1956 et mars 1961 sont toujours en vigueur :

- l'ouverture des droits aux prestations est effectuée en tenant compte, le cas échéant des périodes de travail accomplies tant dans l'un que dans l'autre pays ;
- les prestations (en espèces) sont servies par l'institution du pays de dernière résidence du travailleur, d'une part selon la législation que cette institution applique et pour son propre compte, sur la base des salaires ayant servi d'assiette avec cotisations perçues dans ledit pays pour le compte de l'autre pays et selon la législation de ce pays, sur la base des salaires ayant servi d'assiette aux cotisations perçues dans ce dernier pays.

Mais, compte tenu des difficultés à procéder de la sorte pour le service des prestations, il n'y aurait que des avantages, si un tel cas se présentait, à ce que chacun des organismes français et monégasques concernés liquide et serve les prestations dont la charge lui incombe.
Comme cela a été indiqué au point 1-1 relatif au champ d'application personnel, l'extension réalisée en ce qui concerne l'assurance maladie-maternité aux catégories d'assurés

précédemment exclues vaut également pour les prestations de l'assurance décès (art. 20 de la convention modifiée).
7.2. Les prestations de l'assurance « accidents du travail et maladies professionnelles » (art. 31 de la convention modifiée et 38 et 38 bis de l'arrangement administratif général modifié)
L'article 31 de la convention modifiée renvoie pour la prise en charge des soins accordés dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aux dispositions arrêtées pour des soins dispensés au titre des assurances maladie maternité.
Cela concerne plus précisément :

- l'extension du champ personnel (art. 17) aux autres catégories non encore couvertes soit les étudiants et autres personnes pour lesquels sont applicables les dispositions des articles L. 412-8 du code de la sécurité sociale, et les exploitants agricoles. Par contre les travailleurs indépendants qui n'ont pas d'assurance obligatoire pour le risque « accidents du travail et maladies professionnelles » ne sont pas concernés, pas plus que les fonctionnaires dont les accidents du travail sont pris en charge par l'Etat ;
- le champ d'application territorial (art. 8 et 9) ;
- le mode de prise en charge des soins à la fois à titre ambulatoire et hospitalier (art. 11, 12, 13). Ces dispositions visent notamment les travailleurs salariés et assimilés et les salariés agricoles. Seules sont concernées les prestations en nature. Les mécanismes de contrôle articulés autour de la CPAM des Alpes-Maritimes, caisse de liaison, jouent également ;
- les procédures de contrôle et de contestations (art. 16).

Le renvoi aux dispositions de l'article 14 (définition des ayants-droit) ne joue que pour la législation monégasque (octroi de prestations spécifiques).

VIII. - L'ACTIVITÉ OCCASIONNELLE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

SUR LE TERRITOIRE DE L'AUTRE ÉTAT CONTRACTANT (ART. 13 DE LA CONVENTION MODIFIÉE ET ART. 1er À 7 DE L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF PARTICULIER CONCERNANT L'ACTIVITÉ OCCASIONNELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE DE L'AUTRE PARTIE CONTRACTANTE)

8.1. Contenu et portée de ce droit (art. 13 de la convention modifiée et art. 1er et 2 de l'arrangement administratif particulier concernant l'activité occasionnelle des professionnels de santé sur le territoire de l'autre partie contractante)
L'article 13 de la convention modifiée dispose que « un arrangement administratif particulier précise les conditions dans lesquelles est autorisé l'exercice de l'activité occasionnelle des professionnels de santé de chacune des deux parties sur le territoire de l'autre partie ».
Compte tenu de l'imbrication des territoires français et monégasques, les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant régulièrement leur activité sur le territoire monégasque peuvent être amenés à prodiguer des soins à des bénéficiaires des régimes français de sécurité sociale, essentiellement dans les quatre communes limitrophes. A l'inverse les praticiens et auxiliaires médicaux installés dans les quatre communes limitrophes de Monaco peuvent être amenés à dispenser des soins à des assurés du régime monégasque à Monaco.
Ces professionnels après avoir reçu en consultation leurs malades à Monaco ou dans les quatre communes limitrophes ont parfois à se rendre à leur domicile pour une ou plusieurs visites pour la poursuite ou le renouvellement d'un traitement, c'est-à-dire peuvent être amenés à se déplacer sur le territoire de l'autre Etat contractant.
Jusqu'à présent les normes de droit françaises n'autorisaient pas ces praticiens monégasques à venir exercer temporairement en France alors qu'à Monaco ces soins dispensés par des professionnels de santé français donnaient lieu à remboursement par la sécurité sociale monégasque sans contestation.
Dans le souci de préserver de très anciennes pratiques de bon voisinage garantissant la mise en oeuvre effective du principe de liberté de choix du praticien par l'assuré et afin de donner la base juridique incontestable qui lui manquait jusqu'alors, la principauté de Monaco et la France ont décidé de formaliser par écrit un accord particulier sur ce sujet, le principe d'une telle activité ayant été posé dans le texte de l'avenant, ce qui lui confère le caractère d'une norme internationale.
Comme le marque in-fine son article 1er, cet arrangement administratif particulier est sans

incidence sur les conditions d'application de la convention du 14 décembre 1938 relative à l'exercice de la médecine qui continue à lier les deux Etats. Cette convention transfrontalière règlemente en effet le droit d'installation des médecins et chirurgiens-dentistes titulaires de diplômes français sur le territoire de l'autre Etat en instaurant des quotas pour ces professions médicales de part et d'autre de la frontière.
L'arrangement administratif particulier vise à réglementer un droit d'exercice occasionnel et non un droit d'installation.
Son champ d'application territorial resteint atteste du fait que les autorités des deux pays ont entendu avant tout régler des situations de proximité.
Les assurés appelés à recevoir des soins de part et d'autre de la frontière doivent résider à titre temporaire ou permanent dans l'une des quatres communes limitrophes de Monaco (Cap-d'Ail, Beausoleil, Roquebrune-Cap Martin, La Turbie) ou dans la principauté de Monaco.
Les professionnels de santé doivent être installés dans l'une des quatre communes limitrophes de la principauté ou dans celle-ci.
8.2. Conditions d'exercice : le principe d'une déclaration préalable d'activité (art. 13 et 16 de la convention modifiée et art. 3 de l'arrangement administratif particulier concernant l'activité occasionnelle des professionnels de santé sur le territoire de l'autre partie contractante)
Même si les professions de santé n'ont pas à s'inscrire auprès des ordres professionnels du lieu d'exercice de l'activité occasionnelle, elles encourent cependant les mêmes sanctions disciplinaires par les ordres compétents que les professions de santé qui y sont installées.En effet : « dans l'exercice de leur activité occasionnelle, les professionnels de santé sont soumis à la législation de l'Etat où cette activité est exercée et relèvent des juridictions disciplinaires compétentes conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 16 de la convention » (paragraphe 2 de l'art. 3 de l'arrangement particulier).
Ces professions sont donc astreintes à une formalité de déclaration préalable d'activité sur le territoire de l'autre Etat contractant que celui où elles ont un droit d'installation.
En effet, en application de l'article 3 de l'arrangement administratif particulier ci-dessus référencé : « le droit pour les professionnels de santé de dispenser des soins sur le territoire de l'autre Etat est soumis à une formalité de déclaration préalable au conseil de l'ordre de la profession concernée du lieu de l'exercice de l'activité occasionnelle. Cette déclaration préalable est également adressée, pour information au conseil de l'ordre de la profession auprès duquel ils sont inscrits ainsi qu'aux services chargés des affaires sanitaires et sociales : direction régionale des affaires sociales et direction départementale de l'action sanitaire et sociale des Alpes-Maritimes pour la partie française et direction de l'action sanitaire et sociale pour la partie monégasque. ». Les imprimés de déclaration préalable d'activité sont joints à l'arrangement administratif particulier. A ces imprimés doivent être joints l'attestation émanant de l'autorité compétente où le membre des professions médicales est établi certifiant la régularité de sa situation au regard des règles d'exercice de sa profession.
Il résulte de ces dispositions que les professions médicales installées à Monaco doivent effectuer une déclaration préalable d'activité auprès du conseil départemental des Alpes-Maritimes en remplissant le formulaire adéquat joint en annexe de la présente circulaire et en y joignant l'attestation requise si elles souhaitent venir exercer occasionnellement dans les quatre communes limitrophes précédemment énumérées. Elles doivent en adresser copie à l'ordre dont elles relèvent à Monaco et à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Provence - Alpes - Côte d'Azur, 23-25, rue Borde, 13285 Marseille Cedex 08, ainsi qu'à la DDASS des Alpes-Maritimes, CA départemental, route de Grenoble, BP 61, 06202 Nice Cedex.
Il appartiendra au conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes-Maritimes d'adresser une copie des formulaires concernant les médecins installés à Monaco à la CPAM des Alpes-Maritimes.
S'agissant des professions médicales installées dans les quatre communes françaises limitrophes de Monaco désirant exercer occasionnellement dans la principauté, celles-ci seront également astreintes à une formalité de déclaration auprès du conseil de l'ordre monégasque et doivent adresser copie des formulaires à l'ordre dont elles relèvent dans le département des Alpes-Maritimes et au service départemental des affaires sanitaires et sociales de la Principauté.
La déclaration préalable d'activité et les échanges d'informations consécutifs entre les ordres du pays d'installation et celui de l'exercice de l'activité occasionnelle ont pour objectif de vérifier que ces professions de santé ne sont pas frappées de mesures de suspension ou d'interdiction dans le pays d'installation qui rendraient l'exercice de l'activité occasionnelle

dans l'autre Etat impossible.
Les auxiliaires médicaux ne sont, quant à eux, soumis qu'à une simple déclaration d'activité auprès du service des affaires sanitaires et sociales de l'Etat où s'exerce leur activité occasionnelle soit la direction de l'action sanitaire et sociale de la principauté si l'activité occasionnelle est exercée à Monaco et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale du département des Alpes-Maritimes si l'activité occasionnelle est exercée en France.
Il appartiendra à la direction départementale de l'action sanitaire et sociale du département des Alpes-Maritimes d'adresser copie des déclarations reçues concernant les auxiliaires médicaux installés à Monaco à la CPAM des Alpes-Maritimes.
8.3. Droits et obligations des professionnels de santé vis-à-vis des organismes de la sécurité sociale et modalités de prise en charge des actes (art. 4, 5 et 6 de l'arrangement administratif particulier concernant l'activité occasionnelle des professionnels de santé sur le territoire de l'autre partie contractante)
L'article 4 de l'arrangement administratif particulier pose le principe de l'adhésion obligatoire des professionnels de santé souhaitant avoir une activité occasionnelle sur le territoire de l'autre Etat aux conventions types en vigueur dans cet Etat. Il en résulte que la prise en charge des soins doit se faire selon les principes définis dans ces conventions ainsi que selon la législation en vigueur dans l'Etat de l'exercice de l'activité occasionnelle, avec le cas échéant les mêmes contrôles administratifs et médicaux et les mêmes sanctions.

*
* *

Vous voudrez bien me saisir de toutes les difficultés suscitées par l'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
R. Briet

(1) La prise en charge des soins de santé des membres de famille de pensionnés résidant seuls en France reste soumise à ce critère d'urgence jusqu'au 31 décembre 2001, date à laquelle ce type de dépenses entre dans le système de remboursement entre Etats membres fondés sur un forfait et non plus sur des factures, ce qui a pour effet d'élargir les soins pouvant donner lieu à remboursement.