

Version anonymisée

Traduction

C-538/19 - 1

Affaire C-538/19

Demande de décision préjudicielle

Date de dépôt :

10 juillet 2019

Juridiction de renvoi :

Curtea de Apel Constanța (Roumanie)

Date de la décision de renvoi :

4 juillet 2019

Parties demandereses :

TS

UT

VU

Parties défenderesses :

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Casa de Asigurări de Sănătate Constanța

**[omissis] CURTEA DE APEL CONSTANȚA (cour d'appel de Constanța,
Roumanie)**

1^{ère} section civile

[omissis] Parties à l'affaire :

Parties demandereses (en appel et en première instance) :

TS [omissis]

UT [omissis]

FR

VU [omissis]

Parties défenderesses (en appel et en première instance) :

Casa Națională de Asigurări de Sănătate [caisse nationale d'assurance-maladie, Roumanie], [omissis]

Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [caisse d'assurance-maladie de Constanța, Roumanie] [omissis]

DEMANDE DE DÉCISION PRÉJUDICIELLE

Eu égard à l'ordonnance du 25 juin 2019 et en vertu de l'article 267 TFUE, la Curtea de Apel Constanța [cour d'appel de Constanța] saisit d'office la

LA COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPÉENNE

[omissis] afin qu'elle réponde aux questions préjudicielles suivantes, relatives à l'interprétation de l'article 56 TFUE et de l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1) [omissis] :

1. Le fait que seul un médecin d'un État membre autre que l'État de résidence de l'assuré ait prescrit la thérapie choisie par ce dernier, dans une situation dans laquelle le diagnostic et la nécessité, en soi, de la mise en œuvre urgente d'un traitement ont été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État membre de résidence, qui a toutefois recommandé une autre thérapie, par rapport à laquelle la thérapie choisie par l'assuré pour des motifs que l'on peut qualifier de pertinents présente un degré d'efficacité au moins identique, tout en présentant l'avantage de ne pas engendrer de handicap, peut-il être assimilé à une situation d'urgence au sens du point 45 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581) ou s'agit-il d'un cas d'empêchement objectif de demander l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004, qui peut justifier un remboursement intégral des frais occasionnés par la mise en œuvre d'un traitement médical adapté (soins hospitaliers) dans un État membre autre que l'État de résidence de l'assuré ? **[Or. 2]**

2. Dans l'affirmative, si l'assuré n'accepte pas, pour des motifs qui peuvent être qualifiés de pertinents, la thérapie prescrite par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État de résidence au regard de son diagnostic et se rend dans un autre État membre afin d'y demander un second avis médical, qui va dans le sens de la mise en œuvre d'une autre thérapie, à laquelle l'assuré consent et dont le degré d'efficacité est au moins identique, tout en présentant l'avantage de ne pas engendrer de handicap, et qui satisfait aux exigences de l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement n° 883/2004, l'assuré reste-t-il tenu, afin de bénéficier du remboursement des frais occasionnés par cette

autre thérapie, de demander l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement ?

3. L'article 56 TFUE et l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004 s'opposent-ils à une législation nationale qui, d'une part, soumet l'autorisation de l'institution compétente, aux fins de recevoir un traitement adapté (soins hospitaliers) dans un État membre autre que celui de résidence, à la condition de l'établissement d'un rapport médical exclusivement par un médecin opérant dans le cadre du régime d'assurance maladie de l'État membre de résidence, approuvé par le médecin-chef de l'institution compétente de cet État, y compris lorsque la thérapie choisie par l'assuré, pour des motifs que l'on peut qualifier de pertinents puisqu'elle présente l'avantage de ne pas engendrer de handicap, n'est prescrite que par un médecin d'un autre État membre, à titre de second avis médical, et, d'autre part, ne garantit pas, dans le cadre d'une procédure accessible et prévisible, l'analyse effective, du point de vue médical, dans le cadre du régime d'assurance maladie de l'État de résidence, de la possibilité de mettre en œuvre le second avis médical établi dans un autre État membre ?

4. En cas de réponse affirmative aux première et troisième questions, l'assuré ou, le cas échéant, ses héritiers, peuvent-ils, à condition de remplir les deux exigences visées à l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement n° 883/2004, obtenir de l'institution compétente de l'État de résidence de l'assuré le remboursement intégral des frais occasionnés par une thérapie mise en œuvre dans un autre État membre ?

Exposé du litige :

1. Le 21 septembre 2016, les demandresses ont saisi le Tribunalul Constanța (tribunal de grande instance de Constanța, Roumanie), première section civile, d'un recours contre les défenderesses, par lequel elles demandent que ces dernières soient condamnées solidairement à leur verser une somme de 85 000 EUR, représentant le coût du traitement médical suivi à l'étranger par ZY [Ndt : l'assuré, défunt, dont les demandresses sont les héritières ; ci-après « ZY » ou l'« assuré »], ainsi que les dépens.
2. Au soutien de leur recours, les demandresses font valoir que, le 22 mars 2013, ZY s'est vu diagnostiquer un cancer à un stade avancé, pour lequel un traitement chirurgical urgent, consistant en l'ablation des deux tiers de la langue, lui a été prescrit. Sur recommandation d'un médecin, il a pris contact avec une clinique en Autriche, qui lui a délivré une opinion médicale différente, selon laquelle il était nécessaire qu'il se soumette en urgence à un traitement consistant en une radiothérapie, une chimiothérapie et une immunothérapie, l'utilité d'une intervention chirurgicale ne devant être examinée qu'après ce traitement. Étant donné qu'il était assuré dans le cadre du régime d'assurance maladie, il a demandé que le formulaire E 112 lui soit délivré à l'occasion d'un entretien auprès de la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, en vue de la prise en charge par celle-ci

du coût des soins à l'étranger. Il lui a toutefois été demandé de produire une opinion médicale établissant qu'il ne pouvait pas être traité en Roumanie, les médecins étant, selon lui, « réticents en raison du système dans lequel ils opèrent, qui présente des déficiences aussi bien ponctuelles que générales ». L'assuré a accepté les prescriptions médicales des spécialistes de la clinique autrichienne, mais, malgré les soins prodigués, il est décédé le 12 juillet 2014. Les demanderesse estiment que les coûts occasionnés par le traitement suivi à l'étranger s'élèvent à 150 000 EUR. Sur cette somme, 15 000 EUR correspondent aux frais d'hébergement et de transport, et 50 000 EUR [OR. 3] ont été pris en charge par la société dont le défunt était actionnaire ; la somme demandée correspond donc au solde de 85 000 EUR.

3. Par un mémoire en défense déposé le 19 octobre 2016, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, partie défenderesse, a demandé que le recours soit rejeté comme dépourvu de fondement. Elle soutient que, bien que le délai de délivrance du formulaire E 112 soit court – 5 jours ouvrables –, l'assuré a choisi de bénéficier de services médicaux à l'étranger et que, dans le cadre d'un entretien, il lui avait été précisé que, au cas où il prendrait en charge le coût des services médicaux, il serait fait application de l'article 8 des modalités de remboursement et de récupération des frais de soins de santé dispensés sur la base des instruments internationaux en matière de santé auxquels la Roumanie est partie, adopté par l'arrêté n° 729/2009 du président de la caisse nationale d'assurance maladie (publiées au Moniteur Officiel de la Roumanie, partie I, n° 545, du 5 août 2009) (Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 – ci-après les « modalités de remboursement »).
4. Par un mémoire en défense déposé le 20 octobre 2016, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, partie défenderesse, a demandé que le recours soit rejeté comme dépourvu de fondement. Elle soutient que l'assuré s'est rendu en Autriche à des fins thérapeutiques, à sa demande et de manière planifiée, cette circonstance justifiant le remboursement à hauteur des tarifs roumains conformément l'article 8 des modalités de remboursement. Selon la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a donné suite aux demandes de l'assuré, en introduisant des demandes de ligne budgétaire qui ont fait l'objet d'un avis de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, les fonds nécessaires à la finalisation de la procédure de remboursement d'une somme de 38 370,70 RON ayant été alloués.
5. Le 17 février 2017, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, partie défenderesse, a versé au dossier en première instance les ordres de paiement n° 31170-31172 du 14 novembre 2016, qui font apparaître la versement d'une somme totale de 38 370,70 RON à TS, partie demanderesse.

6. Par jugement [du] [omissis] 24 octobre 2018, le Tribunalul Constanța (tribunal de grande instance de Constanța), première section civile, a rejeté le recours comme dépourvu de fondement. Il a ainsi jugé que « dans un contexte factuel qui a conduit à la réalisation des examens et soins médicaux dans un autre État membre que celui du domicile, en l'absence de demande d'autorisation préalable de la Casa de Asigurări de Sănătate, les demandes des requérantes ne peuvent être analysées qu'au regard de l'article 7 bis de l'arrêté n° 729/2009 ». En ce sens, le Tribunalul Constanța (tribunal de grande instance de Constanța) a constaté que « les requérantes ont droit au remboursement de ces dépenses, non pas intégralement, *mais à hauteur de ce que prévoit la législation nationale*, et [que], dans ce contexte, il convient de constater que les défenderesses ont approuvé et effectué le remboursement des sommes demandées par les requérantes à titre de frais médicaux, conformément aux dispositions de l'article 7, paragraphes 8-12, des [modalités de remboursement] ».
7. Les demanderesses ont fait appel de ce jugement le 3 décembre 2018. Cet appel a été enregistré auprès de la Curtea de Apel Constanța (cour d'appel de Constanța), première section civile (juridiction de renvoi) le 20 décembre 2018.
8. Dans leur appel, les demanderesses soutiennent que le jugement de première instance en vertu duquel, dans les situations dans lesquelles le formulaire E 112 n'a pas été établi, le remboursement des dépenses est toujours limité au niveau des tarifs nationaux est contraire à l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581) et à l'ordonnance du 11 juillet 2013, Luca (C-430/12, non publiée, EU:C:2013:467). Le formulaire E 112 ne peut être obtenu qu'en rapport avec la recommandation du régime roumain d'assurance maladie, à savoir un traitement chirurgical, mais pas pour une autre recommandation médicale émise dans un autre État membre. Pour un diagnostic identique, le patient roumain a suivi à l'étranger un traitement différent de celui prescrit par les médecins roumains, diamétralement opposé en ce qui concerne l'approche médicale, et qui a été considéré par les médecins légistes comme opportun et efficace. Selon les demanderesses, si les médecins du régime de santé d'un autre État membre recommandent une approche différente pour un diagnostic identique, et que celle-ci est considérée comme opportune et efficace, le patient roumain a alors le droit au remboursement intégral par son régime national.
9. Dans un mémoire en défense déposé dans le cadre de la procédure en appel, les deux défenderesses ont en substance réitéré l'argumentation exposée en première instance. **[Or. 4]**
10. La juridiction de céans a soulevé d'office la question de la nécessité de saisir la Cour de justice de l'Union européenne des quatre questions préjudicielles [susmentionnées] [omissis].
11. Les demanderesses ont manifesté leur accord avec la saisine et avec les quatre questions formulées par la juridiction de céans [omissis].

12. Les défenderesses se sont opposées à la saisine de la Cour de justice de l'Union européenne, au motif que l'article 20 du règlement n° 883/2004 n'est pas applicable en l'espèce. En ce sens, elles soutiennent que l'assuré n'a pas eu l'autorisation de l'institution compétente – Casa de Asigurări de Sănătate Constanța – de se rendre en Autriche en vue d'y être soigné, car il n'a pas demandé cette autorisation et n'a introduit auprès de cette institution aucune demande de délivrance du formulaire S2/E 112, ni avant de partir en Autriche, ni – pour des raisons de force majeure – après y être arrivé.
13. Par ordonnance du 25 juin 2019, la juridiction de céans a décidé de saisir la Cour de justice l'Union européenne des questions préjudicielles susmentionnées, car elle juge une réponse nécessaire aux fins de trancher le litige. En ce sens, la juridiction de céans considère que l'applicabilité à l'espèce de l'article 20 du règlement n° 883/2004, tel qu'il a été interprété dans l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), constitue en substance le fondement des prétentions des demanderesses. Ces dernières invoquent l'impossibilité de demander et d'obtenir l'autorisation préalable des soins en Autriche, car ceux-ci n'ont été prescrits que par des médecins autrichiens, alors qu'ils présentent l'avantage, par rapport au traitement prescrit par le médecin traitant affilié au régime public d'assurance maladie de Roumanie, de ne pas engendrer de handicap. Il ressort du rapport d'expertise médico-légale établi en l'espèce que la différence entre les deux avis médicaux résulte de la « *propédeutique chirurgicale et oncologique de chaque pays* », c'est-à-dire des différences d'ordre scientifique et médical qui existent entre les États membres de l'Union européenne. L'importance de ces différences en ce qui concerne la lecture et la mise en œuvre de la science médicale dans les États membres, sous l'angle de l'applicabilité de l'article 56 TFUE et de l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004, en particulier dans un cas de figure dans lequel la thérapie mise en œuvre dans un État membre autre que celui de résidence de l'assuré et sur laquelle ce dernier a fait porter son choix présente l'avantage de ne pas engendrer de handicap, constitue une problématique suffisamment sensible et complexe pour justifier une demande d'interprétation contraignante par la Cour de justice de l'Union européenne, qui permettra de garantir une interprétation et une application uniformes et prévisibles de ces dispositions du droit de l'Union européenne.

Les faits retenus par la juridiction de renvoi :

14. Les demanderesses, TS, UT et VU sont les héritiers légaux (le conjoint survivant et les deux fils) de l'assuré, ZY, décédé le 12 juillet 2014 [omissis].
15. ZY avait la qualité d'assuré dans le cadre du régime public d'assurance maladie de Roumanie, géré par les deux défenderesses. Il était également domicilié en Roumanie.

La défenderesse, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, administre et gère le régime public roumain d'assurance maladie ; elle chapeaute [l'autre] défenderesse, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța.

16. À la suite dans son hospitalisation du 22 au 27 mars 2013 dans l'établissement Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, l'assuré s'est vu diagnostiquer, le 28 mars 2013, un [Or. 5] carcinome squameux invasif de la face dorsale de la langue, ainsi qu'il ressort du compte-rendu anatomopathologique [du] [omissis] 28 mars 2013.
17. Les demanderesses affirment, sans être contestées par les défenderesses, que le médecin traitant de l'assuré dans le cadre du régime public roumain d'assurance maladie lui a recommandé un traitement chirurgical d'urgence, consistant en une ablation chirurgicale des deux tiers de la langue.
18. Souhaitant avoir un second avis médical, l'assuré s'est rendu en Autriche où, après avoir été hospitalisé à la Confraternität Privatlinik Josefstadt de Vienne, du 10 au 14 avril 2013, le diagnostic d'un « carcinome au niveau de la langue, présentant localement un stade avancé » lui a été confirmé, étant précisé que, « compte tenu de l'état avancé de la tumeur, une intervention chirurgicale n'est pas efficace pour le patient, une chimiothérapie, pour laquelle une hospitalisation est nécessaire, étant recommandée ».
19. L'assuré, qui a choisi le traitement recommandé par ce second avis médical, s'est présenté auprès de la défenderesse, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, en vue d'un entretien et d'obtenir le formulaire E 112, afin que cette institution prenne en charge le coût du traitement qu'il devait recevoir à Vienne. Dans le mémoire en défense déposé en première instance, la défenderesse, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, a confirmé que, dans le cadre d'un entretien, il avait été précisé à l'assuré que, en cas de prise en charge du coût des services médicaux, l'article 8 des modalités de remboursement serait appliqué. Autrement dit, le remboursement des frais médicaux devait être assuré au *niveau tarifaire pratiqué dans le cadre du régime d'assurance maladie roumain*, étant donné que le patient se rend dans un autre État membre afin de bénéficier de services médicaux pour lesquels il n'a pas obtenu d'autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie.
20. Après avoir bénéficié d'examen et de soins médicaux consistant en une radiothérapie, une chimiothérapie et une immunothérapie auprès de la Confraternität Privatlinik Josefstadt et de l'Ambulatorium Döbling (deux établissements sis à Vienne, Autriche), l'assuré a demandé à la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța le remboursement des frais médicaux, par voie administrative, par des demandes [du] [omissis] 24 septembre 2013 et [du] [omissis] 4 juin 2014.

21. En ce sens, des factures et des preuves de paiement ont été jointes au dossier. Celles-ci ne sont pas contestées par les défenderesses et couvrent le montant des demandes formulées en l'espèce : [omissis : énumération de 16 factures]. **[Or. 6]**
22. Dans le cadre du jugement en première instance, la preuve a été administrée au moyen d'une expertise médico-légale figurant dans un rapport d'expertise dressé par le Serviciul Județean de Medicină Legală Constanța, dont les conclusions sont les suivantes : « 1. Sur la base des documents médicaux figurant dans le dossier, la gravité de la maladie de ZY, dont le diagnostic, confirmé à la suite d'une biopsie linguale, par un rapport anatomopathologique [du] [omissis] 22 mars 2013, établi par le Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, conclut à un carcinome squameux, invasif, ulcéré, de la partie dorsale de la langue, peut être qualifiée de sévère. 2. Eu égard au stade avancé de la tumeur et à l'invasion des zones voisines, une décision médicale renforcée par l'acceptation du patient était absolument nécessaire, aux fins du respect de son autonomie, en tant que principe de base de la relation médecin-patient. *Le choix du procédé thérapeutique est également guidé par la propédeutique chirurgicale et oncologique de chaque pays, qui ne fait pas l'objet d'une approche uniforme.* 3. La méthode thérapeutique validée et acceptée par le patient (radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie), bien que les médecins roumains aient recommandé la chirurgie, et qui a été mise en œuvre par le personnel de la Confraternität Privatlinik Josefstadt de Vienne, présente un caractère thérapeutique, avec l'avantage de préserver l'anatomie normale de cette région ainsi que le fonctionnement physiologique de la langue, et elle peut être qualifiée d'«opportune et efficace», compte tenu du fait que, dans un tel cas, les résultats des traitements ne sont pas prévisibles. Conformément aux données de la littérature spécialisée, le taux de survie dans le cas d'un néoplasme lingual avec dissémination locorégionale est de moins de 30 % sur une période inférieure ou égale à cinq années. »
23. Par ordre de paiement n° 31170-31172 du 14 novembre 2016, la défenderesse, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a versé à la demanderesse, TS, une somme totale de 38 370,70 RON (équivalant, à la date de versement, à 8 235,82 EUR), correspondant au remboursement des frais relatifs aux examens et soins médicaux dont l'assuré a bénéficié en Autriche, calculé au *niveau des tarifs pratiqués dans le cadre du régime public roumain d'assurance maladie*. En ce sens, la défenderesse a fait application de l'article 8 des modalités de remboursement. Les prétentions des demanderesses ne reposent pas sur cette disposition de droit national, qui prend pour hypothèse le choix d'un assuré de bénéficier à l'étranger d'un traitement dont il aurait pu bénéficier en Roumanie. Les demanderesses sollicitent un remboursement intégral des dépenses occasionnées par le traitement médical mis en œuvre en Autriche, à l'exception des sommes déjà remboursées, ainsi qu'il ressort de la description du recours ; ainsi, du point de vue des demandes formulées en l'espèce, le versement de la somme de 38 370,70 RON ne représente qu'un paiement partiel de la somme litigieuse.

Dispositions nationales applicables.

24. La situation juridique des défenderesses est réglée par les articles 276 et 277 de la loi n° 95/2006, concernant la réforme dans le domaine de la santé (Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății), telle que republiée au Moniteur Officiel de la Roumanie, Partie I, n° 652, du 28 août 2015, dont les dispositions pertinentes en l'espèce sont les suivantes :

« Article 276 – (1) La CNAS [Casa Națională de Asigurări de Sănătate – Caisse nationale d'assurance maladie], institution publique, autonome, d'intérêt national et jouissant de la personnalité morale, est l'organe spécialisé de l'administration publique centrale qui administre et gère le régime d'assurance maladie et elle a son siège à Bucarest, Calea Călărășilor n° 248, sectorul 3.

(2) Dans le domaine de la santé, la CNAS assure la mise en œuvre des politiques et des programmes du gouvernement, en coordination avec le ministère de la santé. [Or. 7]

(3) La CNAS a pour principale activité de garantir le fonctionnement uniforme et coordonné du système d'assurance maladie roumain et elle supervise les caisses d'assurance maladie locales, la caisse d'assurance maladie de Bucarest, la caisse des assurances maladie de la défense, de l'ordre public, de la sécurité nationale et des autorités judiciaires. [...] »

« Article 277 – (1) Les caisses d'assurance sont des institutions publiques subordonnées à la CNAS, jouissant de la personnalité morale et disposant de budgets propres. [...] »

25. En droit national, l'autorisation de déplacement dans un autre État membre en vue de recevoir un traitement adapté à l'état de santé du patient (délivrance du formulaire E 112) est réglementée aux articles 39 à 46 des règles méthodologiques relatives à l'utilisation dans le cadre du régime d'assurance maladie roumain des formulaires délivrés en application du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, adoptées par l'arrêté n° 592/2008 du président de la caisse nationale d'assurance maladie (publiées au Moniteur Officiel de la Roumanie, partie I, n° 648, du 11 septembre 2008), dont les dispositions pertinentes en l'espèce sont les suivantes :

« Article 40 – (1) Le formulaire E 112 est destiné : [...] »

b) aux travailleurs salariés ou non-salariés et aux membres de leur famille autorisés par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre afin de recevoir des soins médicaux. [...]

(3) La délivrance du formulaire E 112 pour la situation visée au paragraphe 1, point b), ne peut pas être refusée par l'institution compétente lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence. »

« Article 43 – (1) Afin d'obtenir le formulaire E 112, l'intéressé introduit une demande auprès de la caisse d'assurance auprès de laquelle il est enregistré en tant qu'assuré.

(2) Après avoir enregistré la demande, la caisse d'assurance procède à son analyse, selon les modalités suivantes : [...]

b) elle analyse le dossier médical afin de vérifier que les conditions prévues à l'article 22, paragraphe 2, du règlement (CEE) n° 1408/71 sont remplies ;

c) si elle constate que les conditions prévues sous a) et b) sont remplies, elle délivre le formulaire E 112.

(3) Le délai maximal de traitement d'une demande de délivrance du formulaire E 112 est de 5 jours ouvrables. [...] »

« Article 45 – (1) Dans le cas prévu à l'article 40, paragraphe 1, sous b), les documents suivants sont à joindre à la demande : [...]

b) le dossier médical contenant, outre les pièces médicales, *le rapport médical* prévu dans l'annexe n° 10A, dont découle le diagnostic, ainsi que la *recommandation médicale* de réalisation du traitement ; [...]

(2) Ce rapport médical doit faire apparaître le fait que le service médical demandé fait partie du paquet de services de base dont les assurés bénéficient dans le régime d'assurance maladie roumain, ainsi que le fait que ledit service ne peut être fourni dans un délai raisonnable dans aucun des établissements de soins de Roumanie, compte tenu de l'état actuel de santé de l'intéressé et de l'évolution probable de la maladie. **[Or. 8]**

(3) Le rapport médical établi par le médecin traitant doit préciser, de manière explicite et fondée, la raison pour laquelle le service médical concerné ne peut être fourni dans un délai raisonnable dans aucun établissement de soins de Roumanie.

(4) *Le rapport médical est établi par un médecin d'un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, régional conventionné avec une caisse d'assurance maladie roumaine. [...] »*

« Article 46 – (1) Le formulaire E 112 est délivré avant le départ du bénéficiaire.

(2) Le formulaire peut également être délivré après le départ du bénéficiaire si, pour des raisons de force majeure, il n'a pas pu être délivré avant. Le formulaire ne peut être délivré que si le prix des services médicaux n'a pas été acquitté. À compter du paiement, le formulaire ne produit plus les effets juridiques pour lesquels il est demandé.

(3) Dans le cas visé au paragraphe 2, la caisse d'assurance établit un mémorandum motivant et justifiant la situation de force majeure, qui servira de base à la délivrance du formulaire E 112.

(4) Le mémorandum prévu au paragraphe 3 détaille les *circonstances d'origine externe*, extraordinaires, totalement imprévisibles et inévitables, y compris les circonstances de nature médicale, qui ont conduit à la situation de force majeure ».

26. Par ailleurs, le remboursement des soins médicaux reçus à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie est réglé par l'article 8 des modalités de remboursement, dont les dispositions pertinentes pour l'espèce sont les suivantes :

« Article 8 – (1) Si une personne assurée auprès du régime d'assurance maladie roumain se rend dans un État membre de l'Union européenne afin de recevoir des soins médicaux sans autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie auprès de laquelle elle est inscrite en tant qu'assuré, ladite personne assume le coût des services médicaux fournis.

(2) Sur demande écrite de l'assuré, d'un membre de sa famille (parent, époux/épouse, fils/fille) ou d'une personne mandatée, à laquelle sont joints des documents justificatifs, la caisse d'assurance maladie rembourse le coût des services médicaux fournis conformément au paragraphe 1 et payés par ledit assuré sur la base des tarifs prévus au paragraphe 5. [...]

(5) Le montant du remboursement visé au paragraphe 4 est fixé comme suit :

a) pour les services médicaux spécialisés ambulatoires, les médicaments sous traitement ambulatoire, ainsi que les dispositifs médicaux destinés à la récupération de déficiences organiques ou fonctionnelles en traitement ambulatoire : tarifs exprimés par la valeur définitive du point tarifaire, fixée le trimestre précédant la date à laquelle le service a été payé, tarifs maximaux, tarifs, pourcentage tarifaire, prix de référence, pourcentage des prix de référence, prix de remboursement, tels que prévus par les règles en matière de régime d'assurance maladie en vigueur à la date du paiement du service par l'assuré ;

b) pour l'hospitalisation continue : $ICM \times TPC$, l'IMC étant l'indice le plus élevé de mélange de cas [case mix] afférent aux hôpitaux roumains prévu par la réglementation en matière de régime d'assurance maladie en vigueur à la date du

paiement du service par l'assuré, et le TCP le tarif par cas pondéré du même hôpital afférent à la même année ;

c) pour l'hospitalisation de jour : un tiers du montant résultant de l'application de la procédure prévue au point b).

(6) Le remboursement prévu au paragraphe 4 ne peut avoir lieu que si le service médical fourni dans un État membre de l'Union européenne et payé par l'assuré fait partie [Or. 9] du paquet de services de base du régime d'assurance maladie roumain. [...] »

Remarque : l'article 8 de ces modalités de remboursement a été appliqué par les défenderesses en l'espèce. Cette disposition a été abrogée par la décision du gouvernement n° 3[0]4/2014 portant approbation des modalités relatives aux soins de santé transfrontaliers [Hotărârea guvernului nr. 3[0]4 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră], publiée au moniteur officiel de la Roumanie, Partie I, n° 318, du 30 avril 2014.

27. Article 2 de la loi n° 46/2003 sur les droits du patient (Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului) publiée au Moniteur Officiel de la Roumanie, Partie I, n° 51 du 29 janvier 2003 :

« Les patients ont le droit à des soins médicaux de la meilleure qualité dont la société dispose, en accord avec les ressources humaines, financières et matérielles. »

Les dispositions du droit de l'Union pertinentes en l'espèce

28. Article 56 TFUE :

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation.

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un État tiers et établis à l'intérieur de l'Union. »

29. Article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1), intitulé « Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature – Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence » :

« 1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

[...] »

30. Article 26 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité social (JO 2009, L 284, p. 1), intitulé « Soins programmés » :

« (1) Aux fins de l'application de l'article 20, paragraphe 1, du règlement de base, la personne assurée présente à l'institution du lieu de séjour un document délivré par l'institution compétente. Aux fins du présent article, on entend par "institution compétente" l'institution qui prend en charge les frais de soins programmés. Dans les cas visés à l'article 20, paragraphe 4, et à l'article 27, paragraphe 5, du règlement de base, dans lesquels les prestations en nature servies dans l'État membre de résidence sont remboursées sur la base de montants fixes, l'institution compétente désigne l'institution du lieu de résidence. [...] »

Jurisprudence pertinente de la Cour de justice de l'Union européenne [Or. 10]

31. Dans son arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), la Cour a jugé que « les articles 49 CE et 22 du règlement n° 1408/71 s'opposent à une réglementation d'un État membre interprétée en ce sens qu'elle exclut, dans tous les cas, la prise en charge des soins hospitaliers dispensés sans autorisation préalable dans un autre État membre » (point 51).
32. En ce sens, la Cour a considéré « qu'une réglementation nationale excluant dans tous les cas la prise en charge des soins hospitaliers dispensés sans autorisation préalable prive l'assuré social, qui, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins en urgence dans un établissement hospitalier, a été empêché de solliciter une telle autorisation ou n'a pu, comme M. Elchinov, attendre la réponse de l'institution compétente, de la prise en charge, par cette

institution, de tels soins, quand bien même les conditions d'une telle prise en charge seraient par ailleurs réunies. » (point 45).

33. Pour ailleurs, la Cour a jugé [que] « s'agissant de soins médicaux ne pouvant être dispensés dans l'État membre sur le territoire duquel réside l'assuré social, l'article 22, paragraphe 2, second alinéa, du règlement n° 1408/71 doit être interprété en ce sens qu'une autorisation requise au titre du paragraphe 1, sous c), i), du même article ne peut être refusée : [...] si un traitement alternatif présentant le même degré d'efficacité ne peut être prodigué en temps opportun dans l'État membre sur le territoire duquel réside l'assuré social » (point 73).
34. La Cour a précisé à cet égard que, « aux fins d'apprécier si un traitement présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps utile dans l'État membre de résidence, l'institution compétente est tenue de prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret, en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée et, le cas échéant, du *degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle*, mais également de ses antécédents » (point 66).

Motifs qui ont conduit la juridiction de céans à présenter une demande de décision préjudicielle

35. La présente affaire a pour objet le remboursement intégral des dépenses afférentes à des services médicaux dont l'assuré, qui avait son domicile en Roumanie et qui était affilié au régime public d'assurance maladie, a bénéficié dans un autre État membre. La somme demandée correspond à la différence entre le montant total des dépenses et la part de celles-ci qui a été remboursée, jusqu'à présent, par les défenderesses et par une société tierce, dont l'assuré était actionnaire.
36. Au soutien de leurs demandes, les demanderesses invoquent l'arrêt du 5 octobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581), en vertu duquel une réglementation nationale ne saurait exclure dans tous les cas la prise en charge des soins hospitaliers dispensés sans autorisation préalable dans un autre État membre. Au contraire, l'assuré est en droit de bénéficier du remboursement intégral des dépenses exposées pour les services médicaux dont il a bénéficié dans un État membre autre que celui dans lequel il réside, comme s'il avait obtenu l'autorisation préalable de l'institution compétente, lorsque les deux conditions prévues à l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement n° 883/2004 sont remplies, et lorsqu'il a été empêché, pour des raisons objectives, de solliciter l'autorisation préalable de l'institution compétente.
37. En ce qui concerne la première condition, en vertu de laquelle les soins dont il s'agit doivent figurer parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé, la juridiction de céans constate qu'elle est remplie, ce fait n'étant pas contesté. Par ailleurs, les défenderesses ont

[Or. 11] déjà remboursé à la demanderesse, TS, les services médicaux fournis en Autriche, aux tarifs (moins élevés) pratiqués en Roumanie, justement parce que ces prestations, à savoir des soins de radiothérapie, chimiothérapie et immunothérapie, font partie du paquet de services de base dont bénéficient les assurés du régime public d'assurance maladie de Roumanie. D'autre part, les défenderesses ont reconnu ce fait dans les précisions qu'elles ont apporté par écrit devant la juridiction d'appel.

38. [Pour ce qui est de] la deuxième condition, en vertu de laquelle ces soins ne peuvent être dispensés à l'intéressé dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, la situation factuelle est contestée. Les défenderesses soutiennent que les soins médicaux dont l'assuré a bénéficié en Autriche pouvaient également être dispensés en Roumanie en temps utile, ce que les demanderesse contestent, en invoquant l'existence de lacunes dans le système sanitaire roumain. Les dispositions procédurales applicables au litige [omissis] interdisent à la juridiction de céans de se prononcer, à un tel stade, avant la solution du litige, sur les arguments et moyens de défense des parties en relation avec les faits litigieux. Par conséquent, la juridiction de céans se trouve, à ce stade, dans l'impossibilité de statuer sur la question de savoir si la deuxième condition est remplie, ce qu'elle ne pourra faire que dans l'arrêt définitif par lequel elle tranchera l'affaire en appel.
39. Toutefois, afin de pouvoir débattre de cette deuxième condition, la juridiction de céans doit d'abord établir si le cas d'espèce présente des circonstances exceptionnelles qui ont empêché l'assuré de solliciter une autorisation préalable pour les soins dont il a bénéficié en Autriche – cette problématique étant à la base des questions préjudicielles posées par la présente.
40. En ce qui concerne les raisons objectives empêchant l'intéressé de demander et d'obtenir une autorisation préalable, la Cour a, au point 45 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), pris en compte des raisons liées à l'état de santé ou à la *nécessité de recevoir des soins en urgence* dans un établissement hospitalier.
41. En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise médico-légale produit en première instance que le diagnostic était grave et que la mise en œuvre d'un traitement médical était, au moment de celui-ci (28 mars 2013), urgente.
42. La raison pour laquelle l'assuré n'a pas obtenu d'autorisation préalable n'était toutefois pas l'impossibilité d'effectuer les démarches administratives requises auprès de la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța ou le retard pris par cette dernière dans la procédure de délivrance. Il n'a pas pu obtenir d'autorisation préalable, car le traitement dont il souhaitait bénéficier – à savoir une radiothérapie, une chimiothérapie et une immunothérapie – n'avait pas été prescrit par le médecin traitant dans le cadre du régime public d'assurance maladie de Roumanie, qui a établi le premier diagnostic, mais par un médecin autrichien, à titre de second avis médical établi en considération de ce même diagnostic.

43. L'assuré avait le droit de faire un tel choix, en défaveur du traitement recommandé par le médecin traitant roumain, dans la mesure où ce traitement impliquait un handicap résultant de l'ablation d'une grande partie de la langue, alors que le traitement prescrit en Autriche permettait de conserver l'anatomie normale de la langue ainsi que son fonctionnement physiologique. Le [point] 66 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581) fait état de ce liberté de choix, relevant du principe d'autonomie de la volonté, en tant que composante du droit au respect de la vie privée, garanti par l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentale ainsi que par l'article 7 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et du droit à l'intégrité physique, garanti par l'article 3, paragraphe 2, sous a), de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.
44. Un constat du rapport d'expertise médico-légale a particulièrement attiré l'attention de la juridiction de céans : « Le choix du procédé thérapeutique est également guidé par la propédeutique chirurgicale et oncologique de chaque pays, qui ne fait pas l'objet d'une approche **[Or. 12]** uniforme ». La juridiction de céans n'a aucune raison de douter de ce constat des médecins légistes, qui relève en soi de la science médicale et n'a pas été contestée par les parties.
45. Il apparaît ainsi que non seulement les systèmes juridiques des États membres sont, ou peuvent être, différents, mais également que la propédeutique, c'est-à-dire l'approche clinique des différentes affections médicales, l'est également. Il peut donc exister des différences dans la lecture de la science médicale entre les États membres, qui conduisent à la mise en œuvre de traitements de natures différentes pour un même diagnostic. Les causes de ces divergences médicales entre les États membres peuvent être culturelles (au niveau scientifique), mais également économiques.
46. Cela explique l'existence, en l'espèce, de deux avis médicaux différents en ce qui concerne le traitement à appliquer pour un même diagnostic, sans qu'une quelconque erreur médicale n'entre en ligne de compte : en Roumanie, un traitement engendrant un handicap a été prescrit, alors qu'en Autriche, c'est un traitement préservant l'intégrité et la fonctionnalité de l'organe en cause qui a été prescrit. Il ressort du rapport d'expertise médico-légale présenté en première instance que les deux traitements étaient opportuns et efficaces. Toutefois, la différence dans l'approche médicale n'est pas le fruit d'une simple divergence d'opinions médicales, mais, ainsi que l'indique ledit rapport, une conséquence du caractère non uniforme, entre les différents pays, de la propédeutique chirurgicale et oncologique.
47. Il convient de prendre pour prémisse le fait que l'assuré avait le droit de choisir le traitement prescrit en Autriche, en vertu de son droit au respect de la vie privée et à l'intégrité physique, et que la législation nationale ne lui permettait pas d'obtenir une autorisation préalable pour le traitement prescrit en Autriche (ni, par ailleurs, une prise en charge des coûts de ce traitement en Roumanie), car le traitement en

cause n'avait pas été prescrit par un médecin affilié au système public d'assurance maladie de Roumanie.

48. L'assuré semble être, dans ces conditions, prisonnier de sa propédeutique nationale, la médecine présentant des différences suivant l'État membre dans lequel elle est appliquée. La juridiction de céans doute que ladite prémisses factuelle, qui implique l'existence de frontières intérieures au sein de l'Union européenne dans le domaine de la médecine, corresponde véritablement aux fondements de la coordination des régimes d'assurance maladie des États membres et de la libre prestation de services.
49. En revanche, la juridiction de céans est encline à considérer que l'esprit du droit de l'Union européenne s'oppose à la perpétuation des différences qui existent entre les États membres dans la lecture et l'application de la médecine. À cet égard, l'on ne saurait ignorer les différences d'ordre économique, logistique et scientifiques inhérentes aux différents systèmes sanitaires des États membres. Pour des raisons objectives ou subjectives, les médecins d'un pays peuvent être de meilleurs spécialistes, dans un certain domaine de la médecine, que ceux d'un autre pays. Le fait qu'il existe des opinions médicales divergentes ne montre pas quels médecins sont les meilleurs, mais témoigne du fait que certains d'entre eux peuvent être meilleurs que d'autres.
50. La juridiction de céans doute que des divergences entre les opinions médicales puissent opérer comme une restriction à la libre circulation des services, étant donné que cette liberté fondamentale a été reconnue précisément pour que les bénéficiaires puissent avoir accès à des services de la meilleure qualité.
51. Si un État membre inclut une certaine thérapie parmi les prestations prévues par sa législation, il semble discutable du point de vue de la libre circulation des services, sous réserve de la preuve d'une fraude, que le simple fait, en soi, que seuls des médecins d'un autre État membre l'aient prescrite, **puisse** automatiquement engendrer une différence de traitement par rapport au cas dans lequel cette même thérapie aurait été prescrite par des médecins affiliés à son régime d'assurance maladie. En l'espèce, le patient s'est rendu dans un État membre autre que celui de sa résidence, non pas parce que les soins en cause y auraient été mieux effectués, mais parce qu'ils ne lui ont été prescrits que dans cet autre État membre et qu'il n'y avait donc pas accès dans son État membre de résidence, même si ces soins figurent parmi les prestations **[Or. 13]** prévues par la législation de ce dernier, au sens de la première condition visée à l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement n° 883/2004.
52. Le cas d'espèce montre donc que, au-delà de toute accusation de faute médicale, la divergence entre les opinions médicales exprimées dans différents États membres peut, *de facto*, constituer un obstacle à la libre circulation des services médicaux.

53. La juridiction de céans nourrit des doutes sur la question de savoir si une divergence d'opinions médicales peut être réduite à une problématique à résoudre en termes de souveraineté de chaque État membre en matière du budget de l'assurance maladie, au détriment du droit du patient à choisir de manière informée entre des opinions médicales, présentant un caractère exclusivement scientifique, auquel il a eu accès dans un État membre autre que celui de résidence.
54. En l'espèce, il est vrai que, au cours du traitement en Autriche, qui a été mis en œuvre de manière successive sur une période dépassant un an, l'assuré n'est jamais retourné auprès de son médecin traitant en Roumanie afin de lui présenter l'opinion divergente des médecins autrichiens et d'essayer de le convaincre de la justesse de leur opinion, soit en vue de poursuivre le traitement constitué de radiothérapie, de chimiothérapie et d'immunothérapie en Roumanie, soit en vue de demander l'autorisation préalable de poursuivre ce traitement en Autriche. Aux yeux de la juridiction de céans, l'importance de cette circonstance est douteuse, pour deux raisons : d'une part, la législation nationale ne prévoit aucune procédure de valorisation d'une seconde opinion médicale émise dans un autre État membre, qui garantisse le droit, pour le patient, que son médecin traitant réexamine l'opinion médicale initiale, en vue d'une éventuelle révision de celle-ci ; d'autre part, dans le rapport entre le médecin et le patient, la prérogative de prescrire un traitement est de la compétence exclusive du médecin, la patient pouvant tout au plus choisir entre les thérapies que celui-ci lui propose ; en termes réalistes, le patient ne peut pas proposer au médecin traitant de Roumanie un traitement sur lequel ledit médecin serait tenu de se prononcer d'une manière qui garantisse l'examen effectif de cette proposition.
55. Dans ces conditions, la juridiction de céans a besoin de l'aide de la Cour de justice de l'Union européenne, afin qu'elle statue, en garantissant l'interprétation et l'application uniformes du droit de l'Union, sur la conformité au droit de l'Union de la législation nationale [article 43, paragraphe 4, des règles méthodologiques relatives à l'utilisation dans le cadre du régime d'assurance maladie roumain des formulaires délivrés en application du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, adoptées par l'arrêté n° 592/2008 du président de la caisse nationale d'assurance maladie (publiées au Moniteur Officiel de la Roumanie, partie I, n° 648, du 11 septembre 2008)], en vertu de laquelle « [l]e rapport médical est établi par un médecin d'un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, régional conventionné avec une caisse d'assurance maladie roumaine », *sans aucune possibilité de prise en compte, dans le cadre de la procédure d'autorisation préalable, d'un second avis médical fourni à l'assuré roumain dans un autre État membre.*

56. [omissis : reproduction, en substance, de la première question] [**Or. 14**]
57. [omissis : reproduction, en substance, de la deuxième question]
58. [omissis : reproduction, en substance, de la troisième question]
59. [omissis : reproduction, en substance, de la quatrième question]

Liste des annexes :

- requête [omissis] ;
- mémoire en défense de Casa de Asigurări de Sănătate Constanța du 19 octobre 2016 [omissis] ;
- mémoire en défense de Casa Națională de Asigurări de Sănătate du 20 octobre 2016 [omissis] ;
- requête en appel [omissis] ;
- mémoire en défense, dans le cadre de la procédure en appel, de Casa de Asigurări de Sănătate Constanța du 10 janvier 2019 [omissis] ; [**Or. 15**]
- mémoire en défense, dans le cadre de la procédure en appel, de Casa Națională de Asigurări de Sănătate du 22 janvier 2019 [omissis] ;
- précisions apportées au stade la procédure en appel, le 19 avril 2019 par Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [omissis] ;
- précisions apportés au stade de la procédure en appel, le 22 avril 2019, par Casa Națională de Asigurări de Sănătate [omissis] ;
- précisions apportées au stade la procédure en appel, le 4 juin 2019 par Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [omissis].

[omissis] [signatures] [omissis] (*Constanța, le 4 juillet 2019*)