

Asunto C-489/23**Resumen de la petición de decisión prejudicial con arreglo al artículo 98, apartado 1, del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Justicia****Fecha de presentación:**

1 de agosto de 2023

Órgano jurisdiccional remitente:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Tribunal Supremo, Rumanía)

Fecha de la resolución de remisión:

27 de marzo de 2023

Parte demandante y recurrente:

AF

Partes demandadas y recurridas:

Guvernul României (Gobierno de Rumanía)

Ministerul Sănătății (Ministerio de Sanidad, Rumanía)

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Caja Provincial del Seguro de Enfermedad de Mureș, Rumanía)

Objeto del procedimiento principal

Recurso de casación interpuesto por AF, demandante, contra la sentencia civil de 30 de diciembre de 2019, mediante la cual la Curtea de Apel Târgu Mureș (Tribunal Superior de Târgu Mureș, Rumanía) desestimó su demanda que tenía por objeto la anulación de determinadas disposiciones de la Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (Decreto del Gobierno n.º 304/2014), la anulación de las resoluciones denegatorias del reembolso y el reembolso de la cantidad de 13 069 euros, abonada por AF en concepto de costes de los servicios médicos que recibió en una clínica de Alemania, siendo partes demandadas el Guvernul României (Gobierno de Rumanía), el Ministerul Sănătății (Ministerio de Sanidad, Rumanía) y la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Caja Provincial del Seguro de Enfermedad de Mureș, Rumanía, en lo sucesivo, «Caja Provincial de Mureș»).

Objeto y fundamento jurídico de la petición de decisión prejudicial

En virtud del artículo 267 TFUE, se solicita la interpretación de los artículos 49 TFUE y 56 TFUE, del artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24/UE, del artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento (CEE) n.º 1408/71, así como del principio de la libre circulación de pacientes y de servicios, del principio de eficiencia y del principio de proporcionalidad.

Cuestiones prejudiciales

1. ¿Deben interpretarse los artículos 49 TFUE y 56 TFUE y el artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24/UE, en el sentido de que se oponen a una normativa que supedita automáticamente el reembolso de los costes en los que ha incurrido la persona obligatoriamente asegurada en el Estado miembro de residencia a una evaluación médica efectuada por un profesional sanitario que preste servicios médicos en el sistema sanitario público de ese Estado y a la subsiguiente expedición, por dicho profesional sanitario, de un parte médico de ingreso hospitalario, sin que se permita presentar documentos médicos equivalentes expedidos por centros médicos del sistema sanitario privado, aun cuando el ingreso haya tenido lugar y el servicio médico se haya prestado en otro Estado miembro distinto del de residencia del asegurado?

2. ¿Deben interpretarse los artículos 49 TFUE y 56 TFUE, el artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento n.º 1408/71, los principios de la libre circulación de pacientes y de servicios y los principios de eficacia y de proporcionalidad en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, en caso de no obtener la autorización previa, establece la cuantía de los servicios que se reembolsan en la de los costes que habría soportado el Estado miembro de residencia si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, utilizando una fórmula de cálculo que limita significativamente el importe de dicha indemnización en relación con los costes efectivamente soportados por el asegurado en el Estado miembro que prestó esos servicios médicos?

Disposiciones del Derecho de la Unión invocadas

Artículos 49 TFUE y 56 TFUE.

Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza: artículo 7.

Reglamento (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad: artículo 22.

Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social: artículo 20, apartados 1 y 2.

Sentencia de 9 de octubre de 2014, Petru (C-268/13), auto de 11 de julio de 2013, Luca (C-430/12), sentencias de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros (C-368/98), de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09), de 16 de mayo de 2006, Watts (C-372/04), de 25 de febrero de 2003, IKA (C-326/00), de 12 de abril de 2005, Keller (C-145/03), de 15 de junio de 2010, Comisión/España (C-211/08), de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms (C-157/99), de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet (C-385/99), de 19 de abril de 2007, Stamatelaki (C-444/05), de 6 de octubre de 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate y Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) y de 29 de octubre de 2020, Veselības ministrija (C-243/19).

Disposiciones de Derecho nacional invocadas

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (Decreto del Gobierno n.º 304/2014, por el que se aprueba el Reglamento sobre la Asistencia Sanitaria Transfronteriza, en lo sucesivo, «Decreto del Gobierno n.º 304/2014» o «reglamento»):

- Artículo 3, apartado 1, letra b), punto i), que figura en su Anexo, según el cual, previa solicitud por escrito del asegurado, acompañada de los documentos justificantes, la Caja del Seguro de Enfermedad reembolsará el coste de la asistencia sanitaria transfronteriza prestada en el territorio de otro Estado miembro de la Unión Europea y abonada por el asegurado, siempre que, entre otros, la asistencia sanitaria se hubiere dispensado a raíz de una evaluación médica realizada por un profesional sanitario que preste servicios médicos en el sistema sanitario público de Rumanía, finalizada con la expedición de un parte médico de ingreso hospitalario.
- Artículo 3, apartado 2, que establece, en lo esencial, que, a efectos de lo dispuesto en el apartado 1, se entenderá por documentos justificantes todos los documentos médicos, incluido el parte médico de ingreso hospitalario, de los que resulte que el asegurado ha recibido servicios médicos, fechado y visado por el profesional sanitario que lo expidió, así como los documentos de pago que acrediten que los servicios médicos han sido abonados íntegramente por el asegurado.
- Artículo 3, apartado 4, según el cual, cuando se cumplan las disposiciones del apartado 3, la Caja del Seguro de Enfermedad elaborará la liquidación relativa al reembolso del coste de la asistencia sanitaria transfronteriza, utilizando el modelo de liquidación que figura en el Anexo n.º 3.
- Artículo 4, que establece, en lo esencial, que el reembolso del coste de la asistencia sanitaria transfronteriza a que se refiere el artículo 3, apartado 1, se

realizará por el importe de los costes reembolsados por los servicios médicos prestados en el territorio de Rumanía.

Ordinul Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 (Orden del Ministro de Sanidad y de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad n.º 397/836/2018, por la que se aprueba el Reglamento para la aplicación en el año 2018 del Decreto del Gobierno n.º 140/2018, por el que se aprueban los paquetes de servicios y el contrato marco que regula las condiciones para dispensar asistencia sanitaria, medicamentos y dispositivos médicos en el sistema sanitario público en los años 2018 a 2019, en lo sucesivo, «Orden n.º 397/836/2018»).

Breve exposición de los hechos y del procedimiento principal

- 1 El 8 de marzo de 2018 se diagnosticó a AF un adenocarcinoma de próstata, tal como se desprende del informe médico emitido por la Clínica de Urologie și Andrologie Endoplus din Cluj-Napoca (Clínica de Urología y Andrología Endoplus de Cluj-Napoca, Rumanía), según el cual se prescribió la prostatectomía radical, efectuada de forma laparoscópica estándar o asistida por robot.
- 2 AF tuvo conocimiento de que era posible realizar una intervención quirúrgica con el robot quirúrgico Da Vinci (prostatectomía radical asistida por robot), intervención que presenta beneficios para la salud y para la recuperación posterior del paciente en comparación con la intervención de prostatectomía radical clásica que el médico había recomendado. Al mismo tiempo, AF fue informado de que existía un robot Da Vinci en el hospital público de Cluj-Napoca, que, sin embargo, no estaba operativo puesto que los materiales necesarios para su funcionamiento no se habían adquirido hasta esa fecha, razón por la cual se le comunicó que era posible realizar dicha intervención en el sistema sanitario privado, en una clínica de Brașov, con un coste aproximado de 13 000 euros.
- 3 Al haber transcurrido aproximadamente 4 meses desde el diagnóstico médico, AF decidió realizar el tratamiento con los mismos costes en un centro con amplia experiencia y dedicado exclusivamente a dicha patología, en un hospital de Alemania.
- 4 Para recibir el tratamiento en el extranjero, AF dirigió a la Caja Provincial de Mureș una solicitud para la expedición del formulario E 112, de conformidad con el Reglamento n.º 1408/71, pero su solicitud no fue cursada.
- 5 Paralelamente a este procedimiento, a raíz de la correspondencia mantenida con la clínica de Alemania, se ofreció a AF la posibilidad de realizar dicha intervención quirúrgica el 9 de mayo de 2018, debido a la anulación de la reserva de otro

paciente para esa fecha. De lo contrario, para obtener una nueva cita, AF debería haber esperado aproximadamente otras 8 semanas después de que recibiera la aprobación de la Caja Provincial de Mureș.

- 6 Con el fin de reservar la fecha 9 de mayo de 2018 para la realización de la intervención, el 24 de abril de 2018 AF efectuó el pago correspondiente a esta. La intervención quirúrgica se realizó en Alemania en la fecha programada y el ingreso hospitalario tuvo lugar durante el período comprendido entre el 9 de mayo de 2018 y el 14 de mayo de 2018.
- 7 Después de realizar dicho pago y habida cuenta de la negativa de la Caja Provincial de Mureș a cursar la solicitud, AF decidió presentarla mediante el servicio de correo postal con acuse de recibo. El 17 de mayo de 2018 se le respondió que su solicitud no estaba redactada en el modelo normalizado y que no contenía todos los documentos necesarios.
- 8 A su regreso a Rumanía, AF solicitó a la Caja Provincial de Mureș el reembolso de la cantidad abonada en Alemania, invocando el Reglamento n.º 1408/71 y la sentencia Elchinov.
- 9 Desestimando la solicitud de pago, la Caja Provincial de Mureș señaló que la expedición del formulario E 112 se realiza con anterioridad al desplazamiento del beneficiario y que, a efectos del reembolso, debe seguirse el procedimiento previsto en el Decreto del Gobierno n.º 304/2014.
- 10 AF alega que también siguió ese procedimiento, pero sin éxito. En efecto, el 5 de septiembre de 2018, AF [solicitó] a la Caja Provincial de Mureș el reembolso de la cantidad de 13 069 euros, en concepto de coste de los servicios médicos abonados a la clínica de Alemania y, al mismo tiempo, presentó los documentos necesarios, excepto el parte médico de ingreso hospitalario emitido por un profesional sanitario que preste servicios médicos en el sistema sanitario público de Rumanía.
- 11 El 1 de octubre de 2018, esta solicitud fue desestimada por razón de que no había acreditado una evaluación médica efectuada en Rumanía que hubiera finalizado con un parte médico de ingreso hospitalario.
- 12 En estas circunstancias, AF presentó una demanda ante la Curtea de Apel Târgu Mureș, solicitando la anulación de las disposiciones reglamentarias relativas a las condiciones del reembolso del coste de los servicios médicos y a la forma de cálculo del reembolso del coste de la asistencia sanitaria, así como la anulación de las resoluciones denegatorias y el consiguiente reembolso de la cantidad de 13 069 euros, en concepto de coste de los servicios médicos abonados en Alemania.
- 13 En la fundamentación de su demanda, AF alegó que las disposiciones impugnadas constituyen una transposición errónea de la Directiva 2011/24 y, asimismo, una vulneración del principio de primacía del Derecho de la Unión, en concreto, del

artículo 56 TFUE y del Reglamento 1408/71, tal como han sido interpretados por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea en la sentencia Elchinov, así como del Reglamento n.º 883/2004, habida cuenta de que excluyen en todos los casos el reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria prestada sin autorización previa en otro Estado miembro.

- 14 AF sostuvo que su solicitud de reembolso fue desestimada ilegalmente, que cumplía los requisitos para la expedición del formulario E 112 y que la circunstancia de que el tratamiento y el pago de los servicios se efectuaron antes de que la demandada examinara su solicitud dirigida a la obtención del formulario no puede tener como efecto la extinción de su derecho subjetivo.
- 15 A raíz de la desestimación de dicha demanda, AF interpuso recurso de casación ante la Înalta Curte de Casație și Justiție (Tribunal Supremo, Rumanía), órgano jurisdiccional remitente, que ha decidido plantear al Tribunal de Justicia una petición de decisión prejudicial.

Alegaciones esenciales de las partes en el procedimiento principal

- 16 AF solicita una remisión prejudicial al Tribunal de Justicia, al considerar que la normativa interna impone requisitos no previstos en el texto de la Directiva y de imposible cumplimiento en la práctica. En efecto, aun cuando para el reembolso del coste de un servicio médico prestado en el territorio de Rumanía deba aportarse un parte médico de ingreso hospitalario, tal requisito es incompatible con el derecho reconocido por la Directiva, puesto que, en caso de que el tratamiento se realice en otro Estado miembro, no se plantea ya la cuestión de un parte médico de ingreso hospitalario, siendo necesaria únicamente la evaluación médica efectuada por un médico especialista. Además, pese a que el Derecho de la Unión reconoce la facultad del Estado miembro de limitar la cantidad reembolsada, la forma en que la normativa nacional la aplica infringe el principio de proporcionalidad, vulnerando el núcleo esencial del derecho del paciente.
- 17 La Caja Provincial de Mureș se opone a la remisión prejudicial al Tribunal de Justicia, por considerar que la interpretación solicitada por AF no presenta ningún elemento de novedad. A este respecto, la Caja Provincial de Mureș se remite a la sentencia Petru y al auto Luca.
- 18 Sobre la interpretación del artículo 7, apartado 2, de la Directiva 2011/24 en cuanto a la facultad del Estado miembro de afiliación del paciente de supeditar el reembolso posterior del coste del servicio médico transfronterizo a una evaluación médica concretada estrictamente en un parte médico de ingreso hospitalario, con exclusión de cualquier otro documento médico acreditativo de la evaluación, la Caja Provincial de Mureș alega que el Tribunal de Justicia ha pronunciado varias sentencias que interpretan el Reglamento n.º 1408/71 y en las que distingue entre la asistencia hospitalaria programada (sentencias Vanbraekel y otros, Petru, Elchinov y Watts) y la asistencia hospitalaria no programada (sentencias IKA, Keller y Comisión/España). Sobre el requisito de la autorización previa, en la

medida en que este se justifica por la necesidad de garantizar el acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, por la voluntad de garantizar el control de los costes y por evitar cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos, el Tribunal de Justicia se ha pronunciado en las sentencias Smits y Peerbooms, Müller Fauré y van Riet, Stamatelaki y Vanbraekel y otros.

Breve exposición de la fundamentación de la petición de decisión prejudicial

- 19 El órgano jurisdiccional remitente señala que la sentencia que resuelva el recurso de casación interpuesto por AF será definitiva y no susceptible de ulterior recurso judicial de Derecho interno, en el sentido de lo dispuesto en el artículo 267 TFUE.
- 20 Por una parte, dicho órgano jurisdiccional considera que, si bien el intento de AF de presentar una solicitud dirigida a la obtención del formulario E 112 a principios de abril constituye un hecho probado, la negativa a registrar dicha solicitud carece de pertinencia, puesto que en el caso de autos se cuestiona la legalidad de los actos administrativos adoptados después de la intervención médica transfronteriza y del abono de los costes correspondientes.
- 21 Por lo que respecta al motivo de casación relativo a la inclusión del procedimiento médico dispensado a AF entre las prestaciones esenciales a cargo del Fondo nacional único del seguro de enfermedad establecido en la Orden n.º 397/836/2018, el órgano jurisdiccional remitente señala que, sin poder pronunciarse sobre este aspecto de legalidad con certeza en esta fase del procedimiento, de sus averiguaciones se desprenden elementos que parecen contradecir las alegaciones de la Caja Provincial de Mureș, tenidas en cuenta por la Curtea de Apel, según las cuales la intervención médica dispensada a AF no figura entre las prestaciones esenciales a cargo de dicho Fondo. Esta apreciación del órgano jurisdiccional remitente se basa, en particular, en el hecho de que la lista que figura en la mencionada Orden es, según las alegaciones de los propios demandantes y recurrentes, una lista de los grupos de diagnósticos, sin que *el método o el procedimiento médico de tratamiento se mencionen como tales en la normativa nacional* que regula la asistencia sanitaria en el marco del sistema sanitario público de Rumanía.
- 22 Para resolver este aspecto, el órgano jurisdiccional remitente también tomará en consideración el punto 3 del fallo de la sentencia Elchinov y el considerando 34 de la Directiva 2011/24.
- 23 En el supuesto de que se responda a este motivo de casación en el sentido de que el procedimiento médico dispensado a AF está incluido entre las prestaciones esenciales a cargo del Fondo nacional del Estado rumano, las cuestiones prejudiciales son pertinentes para la resolución del asunto.
- 24 **La primera cuestión prejudicial** se refiere (i) al requisito de que la evaluación sea efectuada exclusivamente por un médico del sistema sanitario público (y no

del sistema sanitario privado del Estado en cuestión) y (ii) al requisito formal relativo a la expedición de un parte médico de ingreso hospitalario por el Estado de procedencia del paciente, aunque el servicio se preste en otro Estado miembro.

- 25 En su examen del primer requisito —que las partes demandadas y recurridas consideran permitido por el artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24— el órgano jurisdiccional remitente comienza recordando lo declarado por el Tribunal de Justicia en los apartados 23, 30 y 34 a 37 de la sentencia Stamatelaki y constata que la exigencia de dicho requisito formal en todos los casos, sin una justificación objetiva o subsumida en un determinado tipo de evaluación crítica de la calidad del acto médico, parece resultar desproporcionada en relación con el objetivo de garantizar el equilibrio financiero del sistema de seguridad social.
- 26 A la misma conclusión también lleva lo declarado por el Tribunal de Justicia en los apartados 40, 44, 45, 47, 51 a 53 y 55 de la sentencia Casa Națională de Asigurări de Sănătate y Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, de manera que el requisito mencionado parece ir más allá de las exigencias del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004.
- 27 En cuanto al segundo requisito, que la Caja Provincial de Mureș considera permitido por el artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24, mientras que AF sostiene que no está establecido en la Directiva y de imposible cumplimiento en la práctica, el órgano jurisdiccional remitente considera que se plantean serias dificultades para justificar la pertinencia del mantenimiento de dicho requisito de expedición de la autorización previa (la emisión de un parte médico de ingreso hospitalario conforme a la normativa nacional), puesto que ha quedado patente que el ingreso no se realiza en un centro hospitalario del Estado miembro [de residencia] y el parte médico de ingreso como tal tampoco sirve para el ingreso en el Estado miembro de destino.
- 28 A los efectos de determinar el fundamento de la negativa a conceder la autorización exigida en virtud del artículo 22 del Reglamento n.º 1408/71, un elemento que será objeto de la apreciación del órgano jurisdiccional remitente es el requisito, exigido por la normativa nacional, de la existencia del parte médico de ingreso hospitalario expedido como tal a favor de AF. Ahora bien, en opinión del órgano jurisdiccional remitente, la exigencia de tal requisito estrictamente formal en las circunstancias del caso de autos, en el que también se cuestiona la conformidad de la normativa nacional que excluye la expedición del informe de evaluación médica por un facultativo ajeno al sistema sanitario público, parece imponer un requisito que va más allá de los establecidos en el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004.
- 29 Remitiéndose, por una parte, a los considerandos 8 y 43, al artículo 7, apartados 1 y 4, y al artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24, y, por otra parte, a los apartados 72 a 77 de la sentencia Veselības ministrija, dicho órgano jurisdiccional considera que existen dudas en cuanto a la justificación razonable de este segundo requisito.

- 30 **La segunda cuestión prejudicial** es pertinente para la resolución del asunto en la hipótesis de que el órgano jurisdiccional remitente, tras evaluar las alegaciones del caso de autos, aprecie, por una parte, que la negativa a emitir la autorización previa estaba justificada y era legal y, por otra parte, que el tratamiento médico dispensado a AF estaba incluido dentro de las prestaciones esenciales a cargo del Fondo nacional.
- 31 Según las partes demandadas y recurridas, las disposiciones del artículo 4 del reglamento, que limitan el importe de la cantidad reembolsada, no constituyen requisitos adicionales que lleven a denegar o afecten al derecho al reembolso en su núcleo esencial, tal como sostiene AF, aun cuando dichas limitaciones dan lugar a una disminución del importe a reembolsar. Tales disposiciones constituyen la transposición del artículo 7, apartado 4, de la Directiva 2011/24 y es normal que exista un algoritmo de cálculo. Por lo tanto, la regla general es que, para un paciente afiliado al régimen público del seguro de enfermedad de Rumanía, el reembolso de los costes de la asistencia sanitaria que haya recibido en el territorio de otro Estado miembro se efectúe por el importe de los costes reembolsados por los servicios médicos prestados en el territorio de Rumanía. Dicha limitación, aunque radical, está permitida por el Derecho de la Unión y es razonable, estando justificada por *razones imperiosas de interés general relacionadas con la salud pública*.
- 32 AF sostiene que, si bien se reconoce la facultad del Estado miembro de limitar la cuantía del reembolso, dicha facultad no puede tener como efecto vaciar de contenido el derecho del paciente.
- 33 A pesar de que las partes demandadas y recurridas alegaron que el procedimiento médico dispensado a AF no es reembolsable en el sistema nacional y evitaron asumir un cálculo concreto del coste de dicho procedimiento, en los diversos documentos emitidos por estas y que obran en autos se mencionan, para el año 2018, cantidades comprendidas entre los 1 367 RON y 4 618 RON. Ahora bien, de conformidad con los documentos probatorios obrantes en autos, AF soportó un coste de 13 069 euros (aproximadamente 60 000 RON al tipo del Banco Nacional de Rumanía para el mes de mayo del año 2018).
- 34 El órgano jurisdiccional remitente señala que si, tras valorar las pruebas, el Derecho nacional y los principios del Derecho de la Unión, apreciara que AF debía y podía haber obtenido, en un tiempo razonable y sin poner en peligro su vida o recuperación en condiciones similares, la autorización previa exigida por el artículo 8 de la Directiva 2011/24, debería examinar la conformidad de la normativa nacional que establece la fórmula de cálculo que limita de manera significativa el importe de dicho reembolso en relación con los costes efectivamente soportados por el asegurado.
- 35 Recordando lo declarado por el Tribunal de Justicia en el apartado 29 del auto Luca y en el apartado 80 de la sentencia Elchinov, así como los considerandos 5, 7, 21 y 22, el artículo 5, letra b), y el artículo 7, apartado 3, de la Directiva

2011/24, el órgano jurisdiccional remitente señala que, mediante esta segunda cuestión, pretende que se determine si el método de cálculo del reembolso del coste médico establecido en la normativa nacional se ajusta a la obligación impuesta por el artículo 5, letra b), de la Directiva e, implícitamente, en caso de incumplimiento de las condiciones para la expedición de la autorización previa, si la denegación del reembolso o el reembolso de una parte irrisoria en relación con el importe efectivamente abonado por el asegurado respeta el principio de proporcionalidad, partiendo de la premisa de que el asegurado no haya sido realmente informado sobre la perspectiva del importe que se podría reembolsar.

DOCUMENTO DE TRABAJO