# Défendez vos droits

> *« Ma demande d'entente pour des soins de kinésithérapie est refusée par la Sécurité sociale…*

## les faits

*Régulièrement, mon médecin traitant me prescrit des séances de kinésithérapie afin de soulager mes douleurs de dos.* ***J'envoie donc chaque fois une demande d'entente préalable établie par mon kinésithérapeute*** *au service médical de ma caisse primaire d'assurance maladie. Jusqu'à une date récente, je n'ai jamais rencontré de problème d'acceptation. Cependant,* ***à ma dernière demande, la caisse m'a fait savoir qu'elle me refusait les soins.*** *Souffrant considérablement, je n'ai pas d'autre choix que de suivre les séances prescrites par mon médecin et, vu leur coût,* ***je souhaite vivement qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale.*** *Aussi, puis-je contester le refus qu'elle m'oppose, et comment ?* »

## le diagnostic

Certains actes médicaux et paramédicaux ne sont remboursés par la Sécurité sociale que sous réserve de l'autorisation préalable du médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend le patient.

### Seuls certains actes sont soumis à entente

Dans la liste réglementaire des actes susceptibles de remboursement (dite « nomenclature générale des actes professionnels », NGAP), ils sont signalés par la lettre « E » ou par une mention spéciale. Le nombre en a été considérablement restreint depuis quelques années. Il s'agit désormais notamment des traitements prescrits médicalement et dispensés par les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthoptistes, des soins d'orthodontie, de la fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie, des cures thermales nécessitant une hospitalisation ou les cures à l'étranger ainsi que certains frais de transport. En pratique, le patient se voit remettre par son médecin, ou par l'auxiliaire médical chargé de réaliser les actes prescrits, un formulaire spécifique d'entente préalable. Il doit le compléter et l'envoyer au médecin-conseil de sa caisse, le cas échéant accompagné de la copie de l'ordonnance médicale correspondante.

### Le refus d'entente doit être notifié

L'accord du médecin-conseil est considéré comme acquis s'il ne répond pas dans les 15 jours à compter de la réception de la demande par la caisse – *art. R. 162-52 du code de la Sécurité sociale)*. Pour certains actes, ce délai est différent (10 jours par exemple, pour les frais de transport *(art. R. 322-10-3)*. Si la demande d'entente préalable est incomplète, le décompte du délai ne court qu'à compter de la réception par la caisse des pièces demandées. Enfin, une entente préalable expresse et non tacite reste requise pour certains appareillages pour personnes handicapées. Si le médecin-conseil refuse au contraire son accord, il doit, dans ce délai, le notifier expressément au patient, ou convoquer celui-ci pour un entretien ou un examen avant de prendre sa décision. Pour sa part, le patient dispose de diverses voies de recours pour contester le refus qui lui est opposé.

**L'absence de réponse de la Sécurité sociale dans les 15 jours vaut accord**

# la procédure

## 1 Vérifiez le motif de refus

### Refus d'ordre administratif

Un tel refus intervient par exemple lorsque le praticien ou l'auxiliaire médical a surévalué la cotation (c'est-à-dire, indirectement, le montant remboursé par votre caisse) de l'acte à réaliser. Le médecin-conseil prend alors contact avec le praticien. Si celui-ci revoit sa cotation, les soins sont accordés. Sinon, le médecin-conseil oppose un refus dit d'ordre « administratif ». Il vous est notifié par lettre simple.

**Vous pouvez contester ce refus [1]**

→ 3

**NB.** Aucun délai légal ne vous est imposé pour faire votre demande d'entente préalable, notamment si vous ne souhaitez pas entreprendre immédiatement les soins prescrits. En revanche, n'engagez pas les soins avant l'expiration du délai de réponse de la caisse, pour être sûr qu'ils seront pris en charge. Afin d'être certain de la date exacte de point de départ du délai de réponse, vous pouvez expédier votre demande en recommandé avec AR, mais sachez aussi que de nombreuses caisses, pour éviter les contestations, apposent sur chaque demande un tampon avec la date de réception de celle-ci.

### Refus d'ordre médical

Ce refus fait suite à une convocation que vous avez reçue du médecin-conseil, à un entretien ou un examen médical.

**Vous vous êtes présenté à l'entretien**

Le médecin-conseil a émis un refus d'ordre médical. Vous devez en être informé, ainsi que votre médecin, par lettre simple, mentionnant le nom des personnes qui ont suivi votre dossier et les voies de recours qui s'offrent à vous. Vous pouvez le contester en demandant une expertise médicale [1].

→ 2

**Vous ne vous êtes pas présenté à l'entretien**

Le médecin-conseil a alors émis un « avis technique impossible », entraînant le rejet de votre demande. Vous en êtes informé par courrier simple. Vous pouvez le contester en saisissant la Commission de recours amiable (CRA) [1].

→ 3

**(1)** Vous pouvez néanmoins considérer les soins comme accordés si vous pouvez établir que la réponse du médecin-conseil vous est parvenue plus de 15 jours après réception de votre demande par la caisse.

# “Ma demande d’entente est refusée par la Sécurité sociale”

## la procédure (suite)

## 2 Vous demandez une expertise médicale

*(art. L. 141-1 et R. 141-1 à R. 141-10 du code de la Sécurité sociale)*

### Quand ?

Aucun délai ne vous est imparti, mais mieux vaut faire cette démarche sans tarder, pour être fixé définitivement.

### Comment ?

Par lettre recommandée avec accusé de reception au médecin-conseil ou contre récépissé déposé au guichet de votre caisse. Précisez l'objet de la contestation et le nom et l'adresse de votre médecin traitant.

### La désignation du médecin expert

Le médecin-conseil propose à votre médecin traitant le nom d’un praticien.

**Votre médecin accepte l’expert proposé**

**Votre médecin refuse l’expert proposé**

Après concertation avec le médecin-conseil...

... un autre médecin expert est désigné.

... votre médecin et le médecin-conseil ne parviennent pas à se mettre d’accord. L’expert est alors désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (ou le médecin inspecteur de la Santé)

### L’expertise

▸ **Votre caisse établit un protocole d’expertise** destiné à l’expert, dans lequel est indiquée sa mission ainsi que les avis émis par votre médecin et le médecin-conseil.

▸ **Vous êtes convoqué par l’expert** dans les 5 jours suivant la réception du protocole par celui-ci. Votre médecin traitant, comme le médecin-conseil, peuvent y assister.

Les frais d’expertise sont à la charge de votre caisse. L’expert doit remettre ses conclusions à la caisse dans le mois suivant la réception du protocole.

### La caisse vous notifie sa décision

*(Dans les 15 jours suivant la remise des conclusions de l’expert.)*

Les soins sont accordés

Fin de la procédure

Les soins sont refusés

Vous acceptez la décision

Fin de la procédure

Vous n’acceptez pas la décision

Vous pouvez saisir la commission de recours amiable (CRA)

## 3 Vous saisissez la **commission de recours amiable** (CRA)

*(art L. 142-1 et R. 142-7 du code de la Sécurité sociale)*

### Quand ?

Dans les 2 mois de la décision que vous contestez : refus administratif d'entente préalable, avis technique impossible du médecin-conseil, ou refus d'entente préalable après expertise médicale.

### Comment ?

Par lettre simple. La CRA statue sur pièces. Vous ne serez pas convoqué et ne pouvez pas présenter d'éléments complémentaires.

### La décision de la CRA

*(Elle doit vous être notifiée dans le délai d'un mois à compter de la réception de votre réclamation.)*

**Les soins sont accordés**

Fin de la procédure

**Les soins sont refusés**

Vous pouvez saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS).

**La CRA ne répond pas dans le délai d'un mois**

Cela équivaut à un rejet de votre demande. Vous pouvez saisir le TASS.

## 4 Vous saisissez le **tribunal des affaires de Sécurité sociale** (TASS)

*(art. L. 142-2 à L. 142-8 et R. 142-8 à R. 142-31 du code de la Sécurité sociale)*

### Quand ?

Vous devez saisir le TASS dans les 2 mois de la décision de la CRA. Si celle-ci ne vous a pas répondu, ce délai court à partir de l'expiration du délai d'un mois qui lui était imparti pour vous répondre.

### Comment ?

Par une requête déposée au greffe du TASS dont dépend votre domicile (son adresse doit vous être indiquée par votre caisse) ou adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

### La procédure devant le TASS

Vous serez convoqué à une audience. Vous pouvez comparaître personnellement, ou vous faire représenter par une des personnes mentionnées à l'article R. 142-20, notamment un avocat, votre conjoint, ou un ascendant ou descendant en ligne directe. Le TASS peut ordonner une nouvelle expertise médicale, mais seulement si le refus d'origine était d'ordre médical.

### Le jugement du TASS

**Les soins sont accordés**

Fin de la procédure

Le TASS peut, en outre, condamner la caisse à vous dédommager de vos frais de procédure et d'avocat.

**Le refus de soins est maintenu**

**Vous acceptez le jugement**

Fin de la procédure

**Vous n'acceptez pas le jugement**

Vous pouvez le contester devant la cour d'appel si le litige porte sur 3 800 € ou plus, ou sinon devant la Cour de cassation.