

HÉBERGEMENT, FRAIS DE TRANSPORT ET RECOURS (2 pages)

Un thermalisme véritablement social implique non seulement et obligatoirement une prise en charge des soins par la nation, mais aussi, compte tenu de l'éloignement des lieux de cure, une couverture (au moins partielle) des frais de transport et d'hébergement.

Où en sommes-nous aujourd'hui en ce qui concerne ces deux derniers postes de dépenses?

ATTENTION : Suite à une interprétation par l'Assurance maladie d'un arrêt de la Cour de cassation du 15/12/2016 qui aurait été transcrit dans une circulaire de l'Assurance maladie au cours du mois de mars 2017, l'indemnisation des frais de transports et d'hébergement, y compris pour les cures dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD) exonérante, est désormais soumise au plafond de ressources.

Ce plafond est figé depuis 1992 à **14 664,38€** (1 222 €/mois !), et il peut augmenter de **7 332,19€** pour chaque personne vivant au foyer.

ALERTE : La FFCM estime toutefois que la mise sous condition de ressources est contestable juridiquement par les assurés qui bénéficient d'une prescription de cure dans le cadre de leur ALD exonérante. **Merci de nous contacter immédiatement si vous souhaitez porter recours.**

ATTENTION : Toutes les ressources des personnes vivant au foyer sont prises en compte: salaire après déduction des cotisations sociales (sauf CSG), prestations sociales (même si elles ne sont pas imposables), pensions, etc.

Ex: Assuré marié sans enfant, le plafond est de 14 664,38+7 332,19 = **21 996,56** (1 838€/mois).

En conséquence et à l'heure actuelle seuls 2 types d'assurés continuent à bénéficier de l'indemnité de transport et d'hébergement :

- 1° **Ceux qui ont des ressources inférieures au plafond;**

- 2° **Ceux qui effectuent leur cure dans le cadre d'un Accident du Travail (AT) ou de la Maladie Professionnelle (MP) qui continuent toujours pour leur part à bénéficier de l'indemnisation de leur frais de transport et d'hébergement sans conditions de ressources.**

Hébergement

- **ALD exonérante** : versement de **150,01€** sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources;

- Autres curistes, sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources : versement de **97,50€**

- **Maladie Professionnelle et Accident du Travail**: versement de **150,01€** sans conditions de ressources;

Transport

- **ALD exonérante** : Prise en charge du trajet sur la base de 100% d'un billet aller et retour SNCF 2° classe sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources;

- Autres curistes, sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources : indemnisation sur la base de 65% d'un billet SNCF de 2° classe.

- **Maladie Professionnelle, Accident du Travail**: Prise en charge du trajet sur la base de 100% d'un billet aller et retour SNCF 2° classe sans conditions de ressources;

L'absence d'actualisation du plafond de ressources depuis plus de 20 ans, exclue progressivement les patients à petits revenus, et certains sont ainsi forcément dissuadés de continuer à venir en cure.

De plus, le blocage concomitant du montant de ce forfait, alors que les loyers ont augmenté dans le même temps d'environ 50%, contribue à amplifier cette tendance.

DÉTERMINATION DU TRAJET INDEMNISABLE

Un autre problème est apparu avec l'attitude de certaines CPAM lorsque la station choisie par votre médecin est plus éloignée de votre domicile qu'une autre station proposant la même orientation.

Les Caisses indemnisent alors de façon systématique et administrative sur la base du trajet le plus court.

Des assurés ont reçu un courrier de leur caisse prétendant: « *qu'en application de l'article L. 162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale, votre médecin est tenu de proposer la station thermale comportant l'orientation préconisée la plus proche de votre domicile, et pour vous c'est la station de XXX.* »

Des techniciens d'une CPAM ont aussi envoyé des courriers du même tonneau à un médecin prescripteur spécialiste pour lui dire qu'il était tenu de proposer telle ou telle station.

Dans un autre cas, une CPAM a indiqué à un assuré une station qui ne correspondait même pas à l'orientation thérapeutique prescrite par le médecin.

En réalité, l'Article L.162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale dit exactement: «*Les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.* »

Il est donc impossible d'affirmer que cet article oblige à prescrire la station la plus proche, car il introduit les principes de qualité, de sécurité et d'efficacité qui peuvent évidemment conduire le médecin à envoyer son patient dans une station autre que celle la plus proche de son domicile.

Ceci est d'ailleurs confirmé par l'Article R.4127-8 du Code de la Santé Publique: «*Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.*

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

En conséquence, il serait souhaitable que cesse totalement l'évocation tendancieuse de l'article L. 162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale par certaines CPAM.

Sur la base d'un solide dossier médical, la prise en charge du trajet total est donc envisageable si la station prescrite par votre médecin est la plus appropriée en fonction de votre état de santé dont il est juge.

Des recours administratifs, notamment amiables, sont possibles et ont déjà donné de bons résultats.

LES VOIES DE RECOURS ADMINISTRATIFS DES CURISTES

Il est toujours possible de contester une décision de votre CPAM, mais il faut obligatoirement commencer par un recours devant la Commission des Recours Amiables (CRA).

Ce recours doit se faire en LR+AR et impérativement dans les 2 mois qui suivent la notification d'un refus.

ATTENTION! C'est la date de réception de votre lettre qui sera prise en compte et non sa date d'expédition.

Trois possibilités se présentent alors:

1°: la CRA accepte votre requête et vous envoie un courrier en ce sens.

2°: la CRA vous envoie sous un mois un refus motivé.

3°: la CRA ne vous répond pas dans le délai d'un mois suivant la réception de votre courrier.

ATTENTION! Ce silence équivaut au rejet de votre recours par la CRA.

Toutefois, si vous communiquez d'autres documents après votre demande initiale, le délai de réponse d'un mois doit être comptabilisé à partir de la date de réception de ces nouveaux documents par la CRA

Quel que soit le moyen utilisé par la CPAM pour exprimer un refus, vous avez alors 2 mois pour saisir par LR+AR le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociales (TASS) de votre domicile.

La procédure devant le TASS est gratuite et sans frais. Vous pouvez comparaître vous-même ou vous faire représenter par un membre de votre famille, un avocat (vous devrez alors éventuellement le payer), un représentant syndical, un délégué d'une association représentative des mutilés et invalides du travail.

Les recours face aux décisions du TASS sont la Cour de Cassation si la somme en jeu est égale ou inférieure à 4 000 €, et la Cour d'Appel, puis la Cassation, si la somme en jeu est supérieure à 4 000 €.

LES PAROLES S'ENVOLENT, LES ÉCRITS RESTENT

Conservez toujours pour preuve une photocopie de tous vos envois (imprimés de réservation, etc.).

Évitez aussi les seuls accords par téléphone qui n'ont aucune valeur de preuve, et exigez toujours une confirmation par courrier et/ou par internet, surtout si vous sentez que "quelque chose ne tourne pas rond".

Ces preuves seront indispensables pour obtenir un arrangement avec la partie adverse, ou saisir votre assistance juridique, et/ou la FFCM (ou QUE-CHOISIR, l'INC, etc.), et/ou, selon les cas, l'Assurance maladie et/ou les Services des Fraudes (la saisine de ces 2 derniers organismes est gratuite).