

## Réponse à Cécile + quelques infos pouvant être utiles aux membres du blog

Bonjour Cécile et bonjour aux autres membres du blog,

Merci, Cécile, de vos précisions, qui étaient nécessaires pour appréhender un peu mieux ce qui vous est arrivé.

La spécificité de votre cas est, comme vous l'écrivez, qu'il s'agissait de soins dispensés à l'étranger.

Le formulaire que vous avez adressé au service médical, puis à la CAMIEG sur invitation de celui-ci, était-il bien une « Demande d'accord préalable » (formulaire S3108d) telle que nous la pratiquons pour certains soins à recevoir en France et qui doit être adressée à l'échelon local du Service médical, ou bien un formulaire S3125 « Déclaration de soins reçus à l'étranger », dont la CAMIEG précise bien sur son site - en tout cas aujourd'hui - qu'il est à lui adresser en direct avec certaines pièces justificatives ?

Reproduction de ce passage du site CAMIEG :

### **« Dans un pays hors-Europe**

*Les soins médicaux reçus à l'étranger peuvent être pris en charge au titre de la Sécurité sociale sous certaines conditions*

#### **A transmettre à la Camieg**

*Afin que votre demande de remboursement soit examinée, vous devez envoyer à la Camieg :*

- *la déclaration de soins reçus à l'étranger (S3125)*
- *la(ou les) facture(s) originale(s) acquittée(s),*
- *la(ou les) prescription(s) médicale(s) en rapport avec les frais exposés. »*

A part cela, je n'ai trouvé qu'une seule évocation d'une saisine préalable du service médical dans le chapitre des soins à l'étranger, évocation qui figure dans le mémento au format pdf « *Les soins à l'étranger (séjours temporaires)* » que la CAMIEG met en ligne sur son site (en supposant que votre séjour ait été un séjour temporaire) :

*« Attention - Les soins consécutifs à un traitement entrepris avant un séjour à l'étranger ou ne pouvant être donnés en France nécessitent un accord préalable (formulaire E112) de l'échelon local du Service médical de votre lieu de résidence (indiquez que vous êtes un assuré de la Camieg). S'il y a prise en charge, le remboursement est fait sur la base du tarif applicable dans le pays du séjour. »*

Etant donné que vous écrivez dans vos explications, que vous vous êtes fiée au site de la CAMIEG qui indiquait que, pour les situations telles que la vôtre, il fallait adresser le formulaire au Service médical, j'en déduis :

- soit que vous entriez dans le processus défini par le 2<sup>ème</sup> des deux extraits du site CAMIEG reproduits ci-dessus
- soit que vous entriez dans le 1<sup>er</sup>, mais que le site a été corrigé depuis votre affaire
- soit que c'est moi qui ai manqué, sur le site, certaines des dispositions relatives aux séjours à l'étranger.

Cela étant, ces observations n'ont pas grand intérêt pour vous, puisque vous êtes allée jusqu'à consulter les décrets comme il le fallait, et avez réglé avec succès votre litige.

Et pour le plus grand nombre d'entre nous, je ne sais pas s'il est utile d'approfondir l'aspect « séjour à l'étranger » du problème que vous avez rencontré.

Je me contenterai d'indiquer ou de rappeler, à l'usage de tous ceux qui pourraient être intéressés, qu'aussi bien la Caisse, que le Service médical (qui sont deux entités juridiquement distinctes), peuvent voir leur responsabilité civile engagée à concurrence du préjudice que ces organismes auraient fait subir à un assuré, pour ne pas avoir respecté, à son détriment, les règles applicables.

C'est un type d'action dont il est très utile de se souvenir, notamment lorsque l'on ne peut pas, ou plus (car délai dépassé), faire valoir une action par la voie de recours direct (recours direct = CRA + TASS pour le contentieux général, procédure largement explicitée dans le blog), voire à titre de subsidiaire de cette voie de recours direct, s'il existe un préjudice complémentaire à la réclamation principale.

Par exemple, je rappelle que tout organisme de sécurité sociale est astreint à un devoir d'information vis-à-vis des assurés sociaux, obligation sévèrement appréciée par les tribunaux car il savent que la législation est très complexe en matière de sécurité sociale (et plus encore dans les IEG).

Ainsi, imaginons qu'un assuré social ne puisse pas obtenir gain de cause par un recours direct au motif, par exemple, qu'il n'aurait pas respecté

une action impérative dans ses démarches initiales, aurait lassé passer un délai de forclusion, etc.

Selon les spécificités du cas d'espèce, il pourrait éventuellement obtenir néanmoins gain de cause en mettant en cause la responsabilité civile de la Caisse pour défaut d'information, si l'action ou le délai en question n'avaient pas été portées à sa connaissance (quelquefois, des règles très précises balisent l'information préalable dont l'assuré doit bénéficier sur tel ou tel point) : des dommages-intérêts viendraient alors compenser, en tout ou partie (voire majorer, en cas de préjudices accessoires), ce que l'assuré social n'aurait pas, ou plus, pu obtenir par le recours direct, dès lors que la faute de la Caisse serait à l'origine de son préjudice, ou y aurait simplement contribué.

Il y a donc lieu, en cas de litige, d'analyser soigneusement si chaque intervenant (Service médical et CAMIEG notamment) n'aurait pas commis des fautes qui seraient à l'origine, ou bien auraient simplement contribué, à la constitution de votre préjudice (manque à percevoir, ou autre), car cela peut venir pallier un recours direct délicat ou impossible (ou le compléter par une demande de dommages-intérêts pour préjudices accessoires).

Par exemple pour vous, Cécile, si vous n'aviez pas pu obtenir gain de cause par la voie que vous avez suivie, vous auriez alors peut-être pu, par une demande subsidiaire, engager la responsabilité de la CAMIEG (et/ou du Service médical) :

- pour ce qui est de la Caisse, sur le fondement de l'information erronée de son site indiquant que votre formulaire était à adresser au Service médical
- pour ce qui est du Service médical, pour avoir refusé de traiter votre envoi - ou avoir retardé son instruction en vous renvoyant vers la CAMIEG et en ne vous retournant pas votre formulaire (soi-disant égaré) - , alors que la CAMIEG mentionnait sur son site que c'était bien au Service médical qu'il fallait que vous adressiez votre dossier,

ces actions n'étant possibles, bien entendu, qu'en démontrant qu'il y avait un lien de cause à effet entre les fautes invoquées à l'encontre de la Caisse et/ou du Service médical et votre préjudice (le manque à percevoir, notamment).

Deux dernières remarques sur votre réponse, Cécile :

- vous indiquez qu'il était « normal » que la CRA ne vous réponde pas, car vous n'aviez pas reçu de refus.

Or dans le cas présent, vous étiez dans le cas de figure de décisions implicites :

- accord implicite au plan médical car pas de réponse au bout de 15 jours après réception de votre demande d'entente préalable
- mais refus implicite sur la plan de la décision administrative, dès lors qu'un délai de 2 mois (je suppose) sans réponse de la CAMIEG s'est écoulé après la réception par la Caisse de votre demande de prise en charge, qui était complète car tous les documents nécessaires avaient été fournis si je comprends bien ce que vous indiquez (pour le délai de 2 mois, voir explications ci-après).

Si la CRA ne vous a pas répondu, c'est parce que c'est une attitude malheureusement classique lorsque le cas est un tant soit peu compliqué et surtout lorsqu'il apparaît à cette Commission que la Caisse est manifestement en tort.

En outre, votre position était très forte - outre toutes les précautions très utiles que vous aviez prises - car comme vous l'expliquez fort justement, la CAMIEG a tenté de se prévaloir, sur le tard, d'un refus - sans doute de circonstance - du Service médical : or comme vous l'indiquez, celui-ci ne vous était évidemment pas opposable puisqu'il ne vous avait pas été communiqué (non seulement pas dans les temps, mais même pas du tout !).

Et comme vous l'expliquez également, la CAMIEG n'a fait que s'enfoncer dans ses manœuvres, en ayant remboursé certains frais pour un dossier dont elle est venue prétendre qu'elle entendait en refuser la prise en charge.

Encore une fois, bravo, et j'espère que beaucoup d'assurés sauront se défendre comme vous, mais quand on est souffrant, cela n'est vraiment pas facile car cela demande un investissement considérable en temps, en énergie, et souvent en frais.

Par ailleurs, pour étendre le débat de façon à ce qu'il soit applicable aux situations les plus courantes, je rappelle qu'il existe un principe général lorsqu'un usager adresse une demande à un service administratif (auquel

tout organisme de sécurité sociale, tel que la CAMIEG, est assimilé), principe défini notamment aux articles 1 et 21 de la loi 2000-321 du 12 avril 2000.

En application de ce principe, **l'absence de réponse à une demande au terme d'un délai de 2 mois**, par exemple à une demande de remboursement de soins (exemple le plus simple : envoi d'une feuille de soins), **équivaut à un refus implicite de la Caisse**, et vous permet alors de saisir la CRA (cela étant sur un plan pratique, mieux vaut auparavant téléphoner à la CAMIEG pour savoir ce qui se passe, solution valable à condition que cela vous permette de régler le problème sous un bref délai sans vous faire « mener en bateau » par des procédés dilatoires).

Le gros souci en cas de difficulté puis de litige, c'est que l'application de la loi, et notamment de l'article 1315 du Code civil en matière de preuve, fait que c'est à nous, assurés sociaux, de prouver à quelle date a été réceptionnée la feuille de soins (ou autre demande formée auprès de la Caisse) pour se prévaloir du défaut de réponse au terme d'un délai de 2 mois et partant, du bien fondé de l'introduction de la procédure de recours (CRA puis TASS).

Or cela ne peut se faire de façon incontestable que via l'envoi de la demande (feuille de soins ou autre) par courrier recommandé AR, avec conservation d'une photocopie du(des) document(s) adressé(s).

L'on peut donc, à mon avis, en tirer les principes de comportement et de prudence suivants :

- pour des soins coûteux, mieux vaut adresser d'emblée la feuille de soins et/ou autres documents (dont on aura conservé une photocopie) en recommandé AR, pour avoir un justificatif de la date de réception par la CAMIEG et faire immédiatement courir le délai de 2 mois (j'entends, d'une façon que vous puissiez ensuite prouver, si besoin).

- si plusieurs feuilles de soins sont adressées sous le même pli, joindre une petite lettre d'accompagnement (photocopie à conserver également) récapitulant soigneusement les feuilles de soins annexées (chacune étant identifiée sur la lettre par la date des soins, le montant payé, le nom du médecin, etc.).

- pour un ou des soins peu onéreux (le « peu onéreux » dépend de votre appréciation), le coût d'un courrier recommandé adressé d'emblée est évidemment disproportionné par rapport aux montants en jeu et à la probabilité de dysfonctionnement qui, même si elle est particulièrement élevée à la CAMIEG, n'est quand même pas l'hypothèse la plus probable.

Dans ce cas, il est suffisant de procéder initialement par courrier simple, mais en suivant de près le délai de remboursement : si au bout de trois semaines à un mois environ vous n'avez pas de nouvelles du celui-ci, n'hésitez pas à passer un coup de fil pour savoir où en est le traitement de la feuille de soins, ne serait-ce que pour vous assurer que la feuille n'a pas été « égarée ».

Soit l'on vous dit que la feuille a bien été réceptionnée et que son traitement est en cours, patientez encore de une à deux semaines environ, selon le stade où l'on vous a indiqué qu'en était le traitement du dossier.

Mais un mois à un mois et demi après votre envoi initial (selon les délais de remboursement que vous constatez habituellement pour vos soins ; car pas besoin d'attendre un délai de 2 mois - sauf si vous y tenez -, puisque de toute façon vous n'avez à ce stade aucune preuve en mains de la date de réception de votre envoi, mais seulement la bonne parole de la télé-conseillère de la CAMIEG que vous avez eue au téléphone, ce qui juridiquement ne vous servirait malheureusement à rien en cas de litige), donc un mois à un mois et demi après votre envoi initial disais-je, renouvelez votre demande de remboursement en adressant un duplicata de la feuille (que vous aurez demandé auprès de votre médecin), et une lettre de précisions portant la mention « Courrier recommandé avec accusé de réception » et stipulant que, par mesure de précaution, vous réitérez par la voie recommandée sous la forme d'un duplicata, l'envoi de la feuille de soins précédemment fait en original par courrier simple, en suite duquel vous n'avez pas reçu le remboursement dans les délais habituels.

A ce moment là, vous aurez commencé à faire courir, de façon pouvant ensuite être prouvée si besoin, le fameux délai légal de 2 mois cité ci-dessus, au terme duquel vous pourrez saisir la CRA pour refus implicite de prise en charge en cas d'absence de remboursement, cela après un ultime coup de fil à la CAMIEG juste avant de faire votre courrier à la CRA pour vous assurer que le remboursement n'est pas en instance de virement (évidemment, il est préférable de ne pas indiquer que vous êtes sur le point de saisir la CRA, car cela ne sera d'aucun effet et qu'au contraire car cela peut amener votre interlocuteur(trice) à vous raconter des « bobards » sur une prétendue imminence du remboursement).

- pour une demande d'accord préalable à adresser au service médical, il me semble prudent de l'adresser systématiquement en recommandé AR avec conservation de la photocopie du formulaire envoyé, surtout si le

médecin n'a pas marqué « Urgent » sur sa prescription des soins, mention qui vous couvre si vous avez commencé lesdits soins avant le délai de 15 jours au terme duquel l'absence de réponse vaut accord.

Le recommandé me semble vraiment utile pour une demande d'accord préalable, car si, en cas de litige ultérieur, la CAMIEG venait exhiber après coup devant le TASS, une lettre du Service médical (qui pourrait lui être adressée pour la circonstance), ledit Service médical y certifiant à la Caisse qu'il n'a jamais reçu votre demande d'accord préalable, et pire encore, lui indiquant qu'il n'est pas d'accord pour valider médicalement cette demande en la découvrant (soi-disant) à l'occasion de la procédure, vous seriez dans un sacré « sac de nœuds ».

- il convient, en tout état de cause vous l'aurez compris, de tenir à jour chez vous une feuille (papier ou ordinateur) énumérant par ordre chronologique les envois que vous avez faits à la CAMIEG, avec toutes précisions utiles devant chaque envoi (notamment ce qu'il contenait).

Je conçois que tout cela soit extrêmement fastidieux, s'apparente à une « usine à gaz », et engendre certains frais (pour les recommandés) dont nous nous passerions bien, mais c'est le prix à payer pour être juridiquement paré pour faire face aux dysfonctionnement de notre « chère » Caisse (dans le sens de ce mot le plus défavorable pour nous, évidemment...).

*"Dernière petite suggestion : lorsque la CAMIEG a vraiment manifesté une attitude d'opposition ou d'entrave injustifiée à votre demande (soit par son silence, soit en avançant des arguments grossièrement « bidon », soit en utilisant des procédés dilatoires divers et variés, etc.), n'hésitez pas à assortir votre demande en justice, outre les autres demandes de dommages-intérêts éventuelles ayant leur propre fondement, d'une demande de dommages-intérêts pour « résistance abusive » (entre 500 et plusieurs milliers d'euros selon le cas), en plus d'une demande sur la base de l'article 700 du Code de procédure civile (remboursement des frais que vous avez engagés et que vous ne pouvez pas répercuter sur l'adversaire sur la base d'un texte légal) et de la condamnation aux dépens (frais de justice et d'exécution de la décision répercutables).*

*Ne pas oublier une demande d'exécution provisoire, si le cas s'y prête et si vous avez des arguments : cela évitera le caractère suspensif d'un éventuel appel par la CAMIEG.*

*Si la Caisse voit, de façon statistiquement assez fréquente, que pour un refus injustifié de remboursement, cela lui coûte au final 5 à 10 fois plus*

*cher, plus ses frais d'avocat éventuels, elle fera plus attention à agir selon les règles."*

Pour en revenir à votre cas précis, Cécile, vous avez pris les bonnes précautions dès le départ, et c'est - entre autres - ce qui vous a permis de gagner, outre votre remarquable persévérance et la qualité des conseils et du soutien que vous avez reçus.

Bien chaleureusement, et bon courage à ceux qui sont en conflit avec la CAMIEG

Brendini