

PROCÉDURE POUR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE (REMBOURSEMENT) DU STAGE NOTUBE

Résumé

Avant le début de la thérapie

- Demander la prise en charge des soins auprès de la CPAM en réclamant par écrit le formulaire S2 avant le début de la thérapie : c'est très utile d'avoir cet accord mais pas indispensable pour obtenir le remboursement ultérieur. Ce formulaire S2 n'est donné par la CPAM qu'après l'accord du médecin conseil au vu de votre demande motivée. Ne cherchez pas à le remplir vous-même.
- Demander un accord préalable pour le transport.

Après la thérapie

- Faire la demande de remboursement avec le [formulaire cerfa 12267](#).

Recours

- Saisir la commission de recours amiable (CRA) de votre caisse d'Assurance Maladie.
- Si votre demande à la CRA est rejetée, vous pourrez ensuite engager une procédure auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass).
- Solliciter les élus.

Dans tous les cas, conservez une trace de tous vos documents, correspondances, et récépissés.

En détail

FORMULAIRE EUROPÉEN S2 "DROIT AUX SOINS MÉDICAUX PROGRAMMÉS "

1. Les textes officiels

Afin d'obtenir un formulaire S2, vous devez adresser au service médical de votre caisse primaire un certificat médical établi par votre médecin traitant indiquant :

- La pathologie,
- Le type de soins qui doivent être réalisés,
- Les motifs médicaux nécessitant l'exécution des soins à l'étranger,
- Le pays de réalisation des soins,
- Les coordonnées de l'établissement où seront réalisés les soins,
- Les dates de début et de fin des soins.

L'autorisation de prise en charge de ces soins programmés est liée au respect des conditions suivantes :

- La prise en charge des soins est prévue par la réglementation française,
- Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical,
- Les soins envisagés sont appropriés à l'état du patient.

La décision d'autorisation préalable ou de refus de prise en charge vous est notifiée par votre caisse d'Assurance Maladie dans un délai de 14 jours à compter de la réception de votre demande. Une absence de réponse au-delà ce délai vaut accord.

Si la demande est acceptée, votre caisse vous remettra le formulaire S2 que vous devrez présenter au professionnel de santé pour pouvoir bénéficier de la dispense d'avance des frais pris en charge par la législation en vigueur dans le pays de séjour.

Sur le formulaire figurent les soins prescrits remboursables, le pays et l'établissement ou la structure où vous serez traité(e), la durée de votre traitement (date de début - date de fin de prise en charge).

2. Recommandations

Joindre à la demande :

- Un devis des soins concernés,

- Autant de courriers motivant cette prise en charge que possible (médecin généraliste, spécialistes, orthophonistes...),
- Un courrier de votre part résumant la situation de l'enfant, vos attentes et motivations.

IMPORTANT : Il faut dans l'idéal que sur la prescription principal figure que « ses soins n'ont pas d'équivalent en France » et « que l'état de votre enfant justifie ses soins » pour rentrer dans l'autorisation de prise en charge comme vu plus haut.

Pour démontrer que ces soins n'ont pas d'équivalent en France, le document de Cyril est très approprié étant donné qu'il émane du médecin conseil national. (si Cyril veut bien le mettre en fichier ?)

Lors du dépôt de dossier à la CPAM, exigez une preuve de ce dépôt avec la date et un tampon.

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT

La prise en charge de certains transports nécessite d'obtenir l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie :

- Les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- Les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- Les transports en avion ou bateau de ligne régulière.

Pour effectuer votre demande d'accord préalable, votre médecin doit compléter le formulaire [Demande d'accord préalable / Prescription médicale de transport](#) (n° S3139)

Adresser les volets 1 et 2 de ce formulaire au service médical de sa caisse d'assurance maladie, à l'attention de « M. le médecin-conseil ».

L'absence de réponse dans les 15 jours suivant l'envoi de la demande vaut accord, considérez que votre demande de prise en charge est acceptée par votre caisse d'assurance maladie.

En cas de refus, et uniquement dans ce cas, la caisse d'assurance maladie adressera au patient un courrier de notification, avec indication des voies de recours.

Lors du dépôt de dossier à la CPAM, exigez une preuve de ce dépôt avec la date et un tampon. Toujours conserver les justificatifs de transport.

SOINS RECUS À L'ÉTRANGER – CERFA 12267 – DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Si vous faites ou ne faites pas la démarche de demande de formulaire S2, vous pouvez demander le remboursement de ces soins à votre caisse d'Assurance Maladie une fois rentré(e) en France.

Sur la base des factures acquittées et des justificatifs de paiement joints au formulaire 12267 que vous devrez compléter. Vous serez remboursé(e) selon les tarifs du pays de séjour ou, sous réserve de votre accord exprès, sur la base des tarifs français de la sécurité sociale, sans que le montant du remboursement puisse dépasser le montant des dépenses que vous avez engagées.

À noter : quel que soit le choix du tarif de remboursement (tarif local ou français), vous pourrez avoir un reste à charge et présenter une demande de remboursement auprès de votre complémentaire santé. Renseignez-vous auprès d'elle.

Envoyer :

- [Le formulaire cerfa 12267](#) dûment rempli,
- La facture acquittée,
- La prescription médicale des soins concernés,
- Et tout courriers motivant votre demande. (« ses soins n'ont pas d'équivalent en France » et « que l'état de votre enfant justifie ses soins »)

Plus le dossier est complet et motivé, plus le remboursement aura des chances d'aboutir.

À : **Service National des soins à l'étranger "SNSE" (situé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Morbihan)**
BP 20321
56021 VANNES cedex

Le SNSE est un centre unique en France, la correspondance peut passer par votre CPAM locale mais il est plus judicieux de s'éviter des intermédiaires.

LES RECOURS **(lien recours)**

Si vous avez une protection juridique, c'est le moment de les solliciter, avant toutes démarches.

RECOURS CRA (COMMISSION DE RECOURS À L'AMIABLE)

Adressez votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception à la CRA de votre caisse d'Assurance Maladie, dans un délai de 2 mois à compter de la date de la notification de la décision que vous contestez. Toujours motiver la demande et joindre la aussi les justificatifs utiles.

IMPORTANT : Tous les courriers de contestation sont à envoyer en recommandé avec accusé de réception et surtout bien garder les accusés pour justifier de vos démarches.

IMPORTANT : L'absence de réponse de la CRA dans le délai d'1 mois à compter de la réception de votre demande signifie que votre demande est rejetée. À l'expiration de ce délai, vous disposez d'un délai de 2 mois pour saisir le Tass.

SAISIR LE TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE (TASS)

Vous pouvez contester auprès du Tass toute décision prise par la commission de recours amiable (CRA).

Le Tass compétent est, en principe, celui dont dépend votre domicile et il se trouve au siège du tribunal de grande instance (TGI).

À compter du 1er janvier 2019, les tribunaux des affaires de sécurité sociale (Tass) étant supprimés, c'est le tribunal de grande instance (TGI) - pôle social - de votre lieu de résidence qui sera compétent pour connaître votre requête. Si vous avez porté votre recours devant le Tass avant le 31 décembre 2018, votre dossier sera automatiquement transmis au TGI compétent sans aucune démarche de votre part.

Adressez votre demande par lettre recommandée au secrétariat du Tass dont l'adresse figure sur la notification de la décision de la commission de recours amiable (CRA) que vous contestez, ou déposez-la à son secrétariat, dans un délai de 2 mois.

- À compter de la date de la notification de la décision de la CRA que vous contestez ;
- Ou, en l'absence de réponse de la CRA, à compter de l'expiration du délai d'1 mois dont elle disposait pour répondre à votre réclamation.

SOLLICITER LES ELUS

Ne pas hésiter à écrire à vos maires, députés, à la ministre de la santé et au président.