

Rencontre CPAM - association EF0 35

1^{er} mars 2017

Le document :

- Rappelle des principes et règles qui cadrent quatre sujets de préoccupation (invalidité, indemnités journalières, ALD, Transports)
- Apporte des éléments de réponse à des questions qui n'ont pu être traitées au cours de la rencontre du 1^{er} mars

1.L'invalidité

Extrait des informations disponibles sur le site Ameli.fr

La pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail.

Comment demander une pension d'invalidité ?

Vous avez été victime d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ? Pour compenser la perte de vos revenus et sous réserve de remplir certaines conditions médicales, d'âge et d'ouverture de droits, vous pouvez demander à bénéficier d'une pension d'invalidité.

Quelles sont les conditions d'attribution ?

*Si vous êtes dans l'incapacité de reprendre votre travail **après un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle**, vous pouvez percevoir une pension d'invalidité en remplissant les conditions suivantes :*

- *vous n'avez pas atteint l'âge légal de la retraite (entre 60 et 62 ans) ;*
- *votre capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3 ;*
- *vous êtes immatriculé(e) depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de votre travail suite à votre invalidité ou au moment de la constatation de votre invalidité par le médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie ;*
- *vous justifiez, au cours des 12 mois qui précèdent votre arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité, soit avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.*

Qui peut faire la demande ?

- *vous pouvez adresser une demande au médecin conseil du service médical de votre caisse d'Assurance Maladie ;*
- *votre caisse d'Assurance Maladie : le médecin conseil du service médical de votre caisse d'Assurance Maladie fait le point avec vous sur votre état de santé et examine avec vous si celui-ci permet de pouvoir prétendre à une pension d'invalidité.*

Dans ces deux situations, vous devez formuler une demande de pension d'invalidité : remplissez le formulaire S4150 « Demande de pension d'invalidité » et adressez-le,

accompagné des pièces justificatives demandées, dans les meilleurs délais à votre caisse d'Assurance Maladie.

L'instruction de la demande

Votre caisse d'Assurance Maladie dispose de 2 mois pour étudier votre dossier et vous avertir de sa décision de vous attribuer ou non la pension d'invalidité.

Trois situations peuvent alors se présenter :

- votre caisse d'Assurance Maladie vous informe de son accord. Elle vous adresse alors un titre de pension d'invalidité et une notification d'attribution qui précise la catégorie et le montant de votre pension ;*
- votre caisse d'Assurance Maladie vous notifie son refus et vous indique les voies de recours ;*
- vous ne recevez aucune réponse durant ce délai de 2 mois : considérez que votre caisse d'Assurance Maladie a rejeté votre demande, elle vous précisera par la suite quelles sont les voies de recours.*

2. Indemnités Journalières Maladie

Extrait des informations disponibles sur le site Ameli.fr

Salarié : vos indemnités journalières

Sous certaines conditions et après un délai de carence de 3 jours, vous pouvez percevoir des indemnités journalières. Elles sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire pendant votre arrêt de travail. Calculées sur la base de vos salaires bruts des 3 ou 12 mois précédant votre arrêt, elles vous sont versées tous les 14 jours.

Qui est indemnisé ?

Si vous êtes salarié, vous percevez des indemnités journalières sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits, qui varient en fonction de la durée de votre arrêt de travail et de votre situation.

Si votre arrêt de travail est inférieur à 6 mois :

- vous devez avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail,*
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail.*

Si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à 6 mois, vous êtes en arrêt de longue durée :

- vous devez, à la date de votre arrêt de travail, justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie,*

- *et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail,*
- *ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.*

Compléments d'information

- L'arrêt de travail est à envoyer sous 48H à son organisme d'Assurance Maladie
- Il est important de respecter les heures de sorties autorisées
- Il est obligatoire de se soumettre à différents contrôles et de se rendre aux convocations du service médical
- A l'issue d'un contrôle auprès du service médical, si une reprise est notifiée, une demande d'expertise est possible. Toutefois cette demande d'expertise n'est pas suspensive de la décision d'arrêt de versement des indemnités journalières.
- Il existe parfois des incompréhensions quant aux rôles respectifs de la médecine du travail et du service médical de l'Assurance Maladie. Pour rappel :
 - Le médecin du travail se prononce sur l'aptitude à un poste de travail
 - Le médecin conseil se prononce sur la capacité à reprendre une activité professionnelle quelconque

3. Affection de longue durée exonérante

Extrait des informations disponibles sur le site Ameli.fr

Une affection de longue durée « exonérante » est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour laquelle vos soins sont exonérés du ticket modérateur (par exemple, une consultation qui est habituellement remboursée à 70 % par votre caisse d'Assurance Maladie vous sera remboursée à 100 % du tarif de la sécurité sociale si elle est liée à cette pathologie). Pour ces soins, vous aurez cependant à régler la participation forfaitaire, la franchise ou le forfait hospitalier.

Il s'agit des affections de longue durée inscrites sur une liste établie par décret du ministre de la Santé :

- *accident vasculaire cérébral invalidant ;*
- *insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;*
- *artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;*
- *bilharziose compliquée ;*
- *insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;*
- *maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;*
- *déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;*

- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

À noter : le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (publié au Journal officiel du 26 juin 2011) a retiré l'hypertension artérielle sévère (anciennement désignée sous ALD n° 12) de la liste des affections de longue durée. Cette suppression s'appuie sur les avis rendus par la Haute Autorité de santé, soulignant que l'hypertension artérielle isolée constitue un facteur de risque et non une pathologie avérée. Les traitements hypertenseurs qui sont prescrits dans le cadre d'une autre affection de longue durée comme le diabète ou une affection cardiovasculaire restent pris en charge comme tout traitement prescrit au titre de ces ALD exonérantes.

Ces dispositions s'appliquent à toute demande d'admission formulée à compter du 27 juin 2011. Mais les patients admis au titre de l'hypertension artérielle sévère avant la parution de ce décret ne sont pas concernés par cette mesure. Le droit au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur est renouvelé dans les conditions antérieures à ce texte, sous réserve que les critères médicaux soient toujours présents lors de la demande de renouvellement.

Le traitement d'affections non inscrites sur la liste peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'ALD dite « hors liste ».

Des critères et un arbre décisionnels sont définis dans une circulaire ministérielle (DSS/SD1MCGR/2009/308) du 8 octobre 2009 (circulaire publiée au BO et disponible sur le site www.legigrance.fr)

- Risque vital encouru et/ou Qualité de vie dégradée et/ou Morbidité évolutive

- ET Traitement prévisible sur une durée supérieure à 6 mois
- ET affection nécessitant un traitement particulièrement coûteux : 3 critères au moins sur les 5 à suivre
 - traitement médicamenteux régulier,
 - hospitalisation,
 - actes techniques répétés,
 - actes biologiques répétés
 - soins paramédicaux répétés

4. Prise en charge de transports sanitaires

Extrait des informations disponibles sur le site Ameli.fr

Les situations de prise en charge

Les frais de transport sont remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, pour des soins ou examens appropriés à votre état de santé dans les cas suivants :

- *transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;*
- *transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports (1) ;*
- *transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;*
- *transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;*
- *transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;*
- *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) ;*
- *transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).*

À noter : la prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, etc.

5. Réclamation, conciliation, voies de recours

Extrait des informations disponibles sur le site Ameli.fr

Comment faire une réclamation ?

Quel que soit l'objet de votre réclamation (horaires d'ouverture, qualité de l'accueil, délai de traitement ou gestion de votre dossier), prenez tout d'abord contact avec votre caisse d'Assurance Maladie :

- *par mail depuis votre compte ameli,*
- *ou par courrier ou par téléphone,*
- *ou en vous déplaçant au guichet.*

Dans la plupart des cas, cela permettra de résoudre le problème. Si votre réclamation n'aboutit pas, vous pourrez ensuite saisir le conciliateur de votre caisse d'Assurance Maladie

Comment saisir le conciliateur ?

Dans quels cas pouvez-vous saisir le conciliateur ?

Si votre réclamation n'aboutit pas, vous pouvez ensuite saisir le conciliateur de votre caisse d'Assurance Maladie.

Après un examen attentif, si le dossier relève de sa compétence, le conciliateur le prendra en charge jusqu'à sa résolution.

L'objectif est de faire émerger, dans le respect de la règle de droit, une solution acceptable par les deux parties, assortie de toutes les explications nécessaires à une bonne compréhension.

Si le dossier n'est pas de son ressort, le conciliateur l'orientera vers le service compétent de votre caisse d'Assurance Maladie, vous en informera et veillera à ce qu'une réponse adaptée vous soit apportée.

Vous pouvez aussi saisir directement le conciliateur de votre caisse d'Assurance Maladie si vous estimez être victime d'un refus de soins ou si votre réclamation concerne vos relations avec un médecin lorsque, par exemple, vous ne parvenez pas à déclarer un médecin traitant (voir encadré ci-dessous) ou en cas de difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste dans des délais satisfaisants.

À noter :

- *Le conciliateur n'a pas de pouvoir de décision ; il émet des avis et propose des solutions à l'amiable.*
- *Saisir le conciliateur ne remplace par les voies de recours disponibles pour contester une décision prise par l'Assurance Maladie et ne suspend pas les délais à respecter en pareil cas.*

En pratique, comment saisir le conciliateur ?

Faites un courrier sur papier libre et adressez-le au conciliateur de votre caisse d'Assurance Maladie.

Comment contester une décision ?

Les différentes voies de recours

Il est toujours possible de contester une décision prise par votre caisse d'Assurance Maladie. Les voies de recours et les procédures à suivre sont différentes selon qu'il s'agit d'une décision d'ordre administratif, une décision d'ordre médical, ou une décision concernant l'invalidité ou l'incapacité permanente de travail.

À noter : les notifications de décision de refus sont toujours motivées et elles indiquent les voies de recours qui sont à votre disposition.

Contester une décision d'ordre administratif

Pour contester une décision d'ordre administratif (par exemple : un refus de remboursement de soins ou de versement d'indemnités journalières), vous devez tout d'abord saisir la commission de recours amiable (CRA) de votre caisse d'Assurance Maladie.

Si votre demande est rejetée, vous pourrez ensuite engager une procédure auprès du Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

En dernier ressort, vous pourrez faire appel auprès de la cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.

Contester une décision d'ordre médical

Pour contester une décision d'ordre médical, vous devez tout d'abord demander une expertise médicale auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

Si vous contestez l'application faite par votre caisse d'Assurance Maladie des conclusions de l'expertise médicale, vous pourrez saisir la commission de recours amiable de votre caisse d'Assurance Maladie.

Vous pourrez ensuite, éventuellement, engager une procédure auprès du Tribunal des affaires de sécurité sociale.

En dernier ressort, vous pourrez faire appel auprès de la cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.

Contester une décision concernant le classement dans une catégorie d'invalidité ou l'attribution d'un taux d'incapacité partielle permanente

Pour contester une décision concernant l'invalidité (par exemple : le classement dans une catégorie d'invalidité) ou l'incapacité permanente de travail (par exemple : la fixation du taux d'incapacité permanente), vous devez saisir le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

Vous pourrez ensuite, éventuellement, faire appel auprès de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT), puis vous pourvoir devant la Cour de cassation.

6. Questions diverses

Il s'agit de questions posées à l'issue de la réunion dont les réponses n'ont pu être immédiatement apportées faute de temps

- **Peut-on bénéficier d'indemnités journalières pendant une cure thermale ?**

Vous pouvez percevoir des indemnités journalières pendant toute la durée de votre cure thermale, sous certaines conditions :

- Vos ressources ne doivent pas dépasser le montant du plafond annuel de la sécurité sociale applicable à la date de prescription de la cure (39 228 euros au 1er janvier 2017) ; ce plafond est majoré de 50 % - soit 19 614 euros - pour votre conjoint et pour chaque ayant droit à votre charge (enfant, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, etc.).
- Vous devez remplir les conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières.

Votre formulaire de prise en charge de la cure thermale sert d'avis d'arrêt de travail. Présentez-le à votre caisse d'Assurance Maladie pour demander le paiement de vos indemnités journalières.

Ce formulaire peut éventuellement servir de justificatif d'arrêt de travail auprès de votre employeur ou auprès de Pôle emploi, si vous êtes demandeur d'emploi indemnisé.

À noter :

- Le délai de carence de 3 jours est applicable, les indemnités journalières ne vous seront donc versées qu'à partir du 4^e jour d'arrêt de travail.
- Si vous étiez en arrêt de travail indemnisé avant le début de votre cure thermale, le versement de vos indemnités journalières se poursuit, quel que soit le montant de vos ressources.

- **Lorsqu'on est en fin de droit (plus d'IJ), combien de temps faut-il attendre avant d'en avoir d'autres ou comment ouvrir de nouveaux droits ?**

Il faut une reprise effective de travail d'un an pour la renaissance potentielle d'une nouvelle période d'indemnisation de trois ans. Les conditions habituelles d'ouverture des droits doivent être remplies pour pouvoir être indemnisé.

Sont assimilées à des périodes de travail salarié pour la détermination de la reprise d'un an les périodes :

- de chômage indemnisé,
- indemnisés en maladie non en rapport avec l'affection initiale
- indemnisées en maternité et paternité
- indemnisées en accident du travail
- les reprises de travail à temps partiel

- les interruptions de travail de courte durée à caractère occasionnel exceptionnel intervenant dans le cadre d'un même contrat de travail (congé non rémunéré, fermeture de l'entreprise, grève ...)
- de rééducation professionnelle

- Pouvons-nous bénéficier de plusieurs temps partiels thérapeutiques ?

La reprise de travail à temps partiel doit être médicalement prescrite. Elle doit être de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré.

Le temps partiel thérapeutique a pour objectif de permettre à un salarié de reprendre progressivement son activité à temps plein. La période de travail à temps partiel thérapeutique doit faire immédiatement suite à une incapacité totale d'activité ayant donné lieu à indemnisation sauf lorsque l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet est due à une affection de longue durée reconnue par le service médical. Dans ce cas, l'indemnisation intervient même si l'activité à temps partiel n'est pas immédiatement précédée d'un arrêt à temps complet.

La durée de l'indemnisation ne peut excéder d'un an le délai de trois ans prévu comme durée maximale d'indemnisation.

Plusieurs périodes de temps partiel thérapeutique peuvent donc être indemnisées sous réserve des conditions ci-dessus et des conditions habituelles d'ouverture des droits.

- Qui prescrit le temps partiel thérapeutique, qui l'accorde ; quel recours en cas de refus ?

C'est le médecin traitant qui prescrit le temps partiel thérapeutique sur l'avis d'arrêt de travail. Le médecin du travail intervient pour la mise en place du temps partiel thérapeutique et effectue la visite de reprise.

En cas d'interruption de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil peut, à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

S'il s'agit d'un refus médical, les contestations relèvent de l'expertise médicale. La demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

S'il s'agit d'un refus d'ordre législatif ou réglementaire, les contestations relèvent du contentieux général de la Sécurité Sociale. La commission de recours amiable doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision donnant lieu à contestation.

7. Travaux nationaux en cours

Au cours de la rencontre les travaux en cours au niveau de la Haute Autorité de santé ont été évoqués, tout comme un courrier de 2016 du médecin conseil national de la CNAMTS à une association finistérienne par lequel il informait cette dernière de la saisine de la HAS par la caisse nationale afin de pouvoir disposer de recommandations pour le diagnostic et le traitement de la fibromyalgie.