

Droits des patients en cas de refus de prise en charge de prestations de physiothérapie

Lorsque une série de séances de physiothérapie prescrite n'est pas prise en charge ou ne l'est que partiellement par les assurances (caisses-maladie, assurances-accidents, AI, AM), le patient peut intervenir.

Patient

Le patient a essentiellement deux options:

1: Le patient contacte l'Ombudsman de l'assurance-maladie

Les assurés rencontrant des difficultés avec leur caisse-maladie ne sont plus seuls. Ils peuvent avoir recours aux services de l'Ombudsman de l'assurance-maladie. Celui-ci s'occupe pratiquement de toutes les questions et de tous les problèmes pouvant surgir entre assurés et caisses-maladie. Sa compétence s'étend aussi bien à l'assurance obligatoire des soins qu'aux assurances complémentaires et à l'assurance-indemnités journalières pratiquées par les caisses-maladie et leurs partenaires, **mais seulement si aucune autre démarche n'a été entreprise** (une demande de décision, par exemple). L'Ombudsman n'est pas compétent pour d'autres branches d'assurance sociale que l'assurance-maladie. Par conséquent, il ne s'occupe pas de questions portant sur l'assurance-invalidité, sur l'assurance accident obligatoire selon la LAA, ni sur l'assurance militaire.

Les assurés, leurs représentants ainsi que les services sociaux et les autorités peuvent contacter l'Ombudsman. Les assurés peuvent présenter leurs problèmes par écrit, par téléphone ou par courrier électronique.

Contact:

Téléphone allemand:	041 226 10 10	(09.00-11.30)
Téléphone français	041 226 10 11	(09.00-11.30)
Téléphone italien	041 226 10 12	(09.00-11.30)
Téléfax	041 226 10 13	
e-mail	info@om-kv.ch	
Adresse	Ombudsman de l'assurance-maladie Morgartenstrasse 9 6003 Lucerne	

L'Ombudsman se met à l'écoute des assurés. Il **examine** de manière neutre et objective de quels droits et prétentions ils peuvent se prévaloir selon les normes légales ou contractuelles en vigueur et quelles sont leurs obligations. Dans une première phase, il éclaircit les faits déterminants auprès des parties ou de tierces personnes. Il examine si la décision rendue par la caisse correspond aux dispositions juridiques correspondantes et si la caisse a exercé son appréciation selon des critères fondés. Il dissipe les malentendus et recherche une solution loyale au conflit.

L'Ombudsman donne des conseils aux assurés quant à la manière optimale d'agir. Dans les cas litigieux, il attire leur attention sur les avantages et inconvénients ou sur les risques éventuels.

L'Ombudsman intervient auprès de la caisse lorsque les prétentions de l'assuré sont fondées; il recommande alors à la caisse de donner suite à la requête. Lorsque la revendication d'un assuré ne résiste pas aux normes légales et contractuelles, l'Ombudsman lui recommande d'accepter la décision de la caisse et en expose les raisons par écrit ou oralement.

L'Ombudsman ne peut pas annuler ou modifier les décisions des assureurs. Il ne peut que formuler des **recommandations pour les assurés ou les assureurs**. L'appel à l'Ombudsman ne peut pas

interrompre ou suspendre le délai en cours si une réclamation ou une plainte a été déposée auprès d'un tribunal.

Les services de l'Ombudsman sont gratuits pour les requérants.

2: Le patient demande une décision

Lettre type «Demande de décision»

Lorsque le patient n'accepte pas la décision de l'assurance, il a le droit, conformément à l'art. 49 de la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), d'exiger de l'assurance une décision formelle indiquant les motivations et les voies de droit, et ce dans un délai de 30 jours.

Voir la lettre type «Demande de décision»

Lettre type «Opposition à une décision»

Conformément à l'art. 52 de la LPGA, la décision exigée ci-dessus peut être attaquée dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a rendue. Le destinataire doit alors prendre une décision sur opposition dans un délai approprié (santésuisse recommande aux assureurs de prendre cette décision sur opposition dans les 30 jours, mais il n'existe toutefois aucun délai légal), devant, elle aussi, être accompagnée des voies de droit.

La procédure de recours est gratuite; l'indemnisation des tiers (= coûts de l'avocat) n'est généralement pas appliquée à ce stade de la procédure.

Voir la lettre type «Opposition à une décision»

Procédure ultérieure:

Au cas où un assureur-maladie ne promulgue pas la décision sur opposition dans les 30 jours (on comptera toutefois quelques jours supplémentaires pour la distribution du courrier) ou si la décision sur opposition est négative, le litige peut être porté (au travers d'une plainte) devant le Tribunal cantonal des assurances (l'art. 56ff LPGA). Le Tribunal fédéral des assurances constitue la dernière instance de recours. La procédure devant les Tribunaux cantonaux et la procédure devant le Tribunal fédéral des assurances sont sauf exceptions gratuites. Une compensation de CHF 2'500 est attribuée à la partie gagnante au niveau des deux instances. Les personnes dans le besoin ont droit à un avocat commis d'office à la charge des finances publiques. (Voir art. 61 et 62 LPGA)

Lettre type « Demande de décision »

Adresse du patient/de la patiente

Inscrit

Adresse de l'assurance

Lieu, date

Décision

Numéro d'assuré: xx

Madame, Monsieur,

Par la présente, je me permets de vous faire part de mon désaccord concernant votre courrier / décompte du ..., se rapportant aux séances de physiothérapie prescrites. Je demande la prise en charge intégrale des frais et vous demande soit de recevoir cette requête, soit de me faire parvenir sous 30 jours une réponse négative sous la forme d'une décision contestable pourvue des voies de droit.

J'examinerai alors la marche à suivre ultérieure avec les spécialistes (médecin et physiothérapeute).

Je vous saurais gré de bien vouloir répondre rapidement à ce courrier.

Cordiales salutations

(prénom / nom)

Annexes

Copies à :

Lettre type « Opposition à une décision »

Adresse du patient/de la patiente

Inscrit

Adresse de l'assurance

Lieu, date

Opposition à la décision n° xx

Numéro d'assuré: xx

Madame, Monsieur,

Par la présente, je fais opposition, dans les délais impartis, à votre décision n° xx du (date).

Motivation

(selon le cas) Les séances de physiothérapie prescrites constituent une prestation obligatoire selon la LAMal et doit par conséquent être prise en charge par l'organisme d'assurance compétent.

Pour cette raison, je vous demande de bien vouloir recevoir cette opposition et de prendre en charge les frais des séances de physiothérapie conformément à la prescription.

Cordiales salutations

(prénom / nom)

Annexes

Copies à :

physioswiss
Droits des patients en cas de refus de prise en charge de prestations de physiothérapie

Annexe: Articles de loi

Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Art. 49 Décision

1 L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé est en désaccord.

2 Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation.

3 Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

4 L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

Art. 52 Opposition

1 Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

2 Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours.

3 La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens.

Art. 56 Droit de recours

1 Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

2 Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

Art. 57 Tribunal cantonal des assurances

Chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

Art. 61 Procédure

Sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative¹, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes:

- a. elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté;
- b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté;
- c. le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;
- d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours;
- e. si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats;
- f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant;
- g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige;
- h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours ainsi que les noms des membres du tribunal et sont notifiés par écrit;
- i. les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Art. 62 Tribunal fédéral

1 Les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral, conformément à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral.

1bis Le Conseil fédéral règle la qualité pour recourir devant le Tribunal fédéral des organes d'exécution des assurances sociales.

2 L'art. 54 s'applique par analogie à l'exécution des jugements rendus par les autorités de recours précédant le Tribunal fédéral.