https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-deuxieme-chambre-civile-8-octobre-2015-n-14-20252-dispense-davance-de-frais-professionnel-de-sante-feuille-de-soins-transmission-tardive-securite-sociale-rembou/
Cour de cassation, deuxième chambre civile, 8 octobre 2015, n° 14-20252 (Dispense d'avance de frais - Professionnel de santé - Feuille de soins - Transmission tardive - Sécurité sociale - Remboursement)
08/10/2015
La Cour de cassation affirme dans cet arrêt que "s'il fait obligation au professionnel de santé, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais, de transmettre dans les huit jours la feuille de soins sur support papier à l'organisme d'assurance maladie", les dispositions du code de la sécurité sociale "ne prive[nt] pas l'intéressé, en cas d'envoi tardif, du droit d'obtenir le remboursement des sommes dues".
Cour de cassation
chambre civile 2
Audience publique du jeudi
8 octobre 2015
N° de pourvoi:
14-20252
Mme Flise (président), président
SCP Boré et Salve de Bruneton, SCP Boutet-Hourdeaux, avocat(s)
REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS
LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :
Attendu, selon l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 11 juin 2014), que la caisse primaire d'assurance maladie Y. lui ayant refusé la prise en charge d'actes dispensés, en 2008, à des assurés sociaux dans le cadre de la dispense d'avance des frais, au motif qu'il avait transmis les feuilles de soins afférentes à ces actes, au cours du second semestre 2009, sans respecter le délai de huit jours prévu à l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale, M. X., chirurgien-dentiste, a saisi une juridiction de sécurité sociale d'une demande de provision en référé, puis d'un recours au fond ;
Sur le premier moyen
 :
Attendu que la caisse fait grief à l'arrêt de déclarer recevable ce recours, alors, selon le moyen, que l'interruption est non avenue si sa demande est définitivement rejetée ; qu'en l'espèce, pour dire recevable l'action engagée le 18 avril 2011 par M. X., afin de contester la décision de la commission de recours amiable litigieuse dont il avait eu connaissance au plus tard le 16 juin 2010, date à laquelle il avait engagé une action en référé faisant référence à ladite décision, les juges du fond ont retenu que le délai de forclusion invoqué par la caisse primaire d'assurance maladie avait été interrompu par l'exercice de cette action en référé ; qu'en statuant ainsi sans tenir compte du fait que ladite action en référé avait été définitivement rejetée de sorte que l'interruption en résultant était non avenue, la cour d'appel a violé ensemble les articles 2243 du code de procédure civile et l'article R. 142-18 du code de la sécurité sociale ;
Mais attendu que le délai de recours de deux mois fixé par l'article R. 142-18 du code de la sécurité sociale pour saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale ne court qu'à compter de la notification de la décision de la commission de recours amiable ;
Et attendu que l'arrêt relève qu'en l'espèce, la décision de la commission de recours amiable en date du 20 avril 2010 a été notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception du 26 avril 2010 et retournée avec mention « non réclamée » ; que le premier juge fait ressortir à juste titre que le délai ne peut courir qu'à compter de la date à laquelle l'intéressé a eu connaissance de la décision ;
Que par ce seul motif, la cour d'appel a légalement justifié sa décision ;
Et sur le second moyen, pris en ses trois premières branches
 :
Attendu que la caisse fait grief à l'arrêt de la condamner à payer le montant des actes facturés, alors, selon le moyen :
1°/ que seuls les frais de soins et de prothèse dentaires médicalement nécessaires et effectivement réalisés sont susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie ; qu'il appartient au praticien, lorsque celui-ci facture par le biais du tiers payant, d'établir la réalité de l'acte facturé ; qu'à défaut, aucune prise en charge ne peut être imposée à l'organisme social mis dans l'impossibilité de procéder à un contrôle des prestations facturées ; que tel est le cas lorsque les feuilles de soins ont été retenues sans aucune raison par un chirurgien dentiste pendant presque deux années avant d'être adressées en masse à l'organisme social ; qu'en retenant, pour condamner la caisse primaire d'assurance maladie à prendre en charge des prestations dans de telles conditions, que l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale, qui enferme la transmission à l'organisme social des feuilles de soins papier sous la responsabilité du professionnel dans un délai de trois ou de huit jours suivant la date des soins, ne prévoit pas de sanction pour sa méconnaissance, la cour d'appel a déduit un motif inopérant et violé par fausse application l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale ;
2°/ que dans ses conclusions d'appel, la caisse avait invité la cour d'appel à constater que le retard volontairement pris par le chirurgien dentiste pour transmettre ses feuilles de soins avait eu pour conséquence une « impossibilité matérielle de justifier la réalisation des soins facturés à l'assurance maladie » et que cette impossibilité constituait un juste motif de refus de prise en charge des frais facturés ; qu'en décidant de condamner la caisse primaire d'assurance maladie au paiement des prestations litigieuses sans avoir recherché, ainsi qu'elle y avait été invitée, si le retard volontairement mis par M. X. pour adresser les feuilles de soins litigieuse n'avait pas rendu impossible tout contrôle de sorte que le refus de la caisse était justifié, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;
3°/ que dans ses conclusions d'appel, la caisse avait mis à jour, chiffre à l'appui, une « impossibilité matérielle de justifier la réalisation des soins facturés à l'assurance maladie» les sommes facturées par le chirurgien dentiste représentant « près de deux cent dix-sept visites quotidiennes au tarif réglementaire de 23 euros la visite d'un chirurgien-dentiste omnipraticien » ; qu'en affirmant « que le simple rapprochement entre le montant des honoraires moyens annuels d'un chirurgien dentiste avec ceux facturés par celui-ci est insuffisant pour motiver un refus de paiement en l'absence d'éléments précis révélant la non exécution des actes facturés » la cour d'appel a violé l'article 12 du code de procédure civile ;
Mais attendu que s'il fait obligation au professionnel de santé, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais, de transmettre dans les huit jours la feuille de soins sur support papier à l'organisme d'assurance maladie, l'article R. 161-47, I, 2°, b) du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du décret n° 2007-199 du 14 février 2007, ne prive pas l'intéressé, en cas d'envoi tardif, du droit d'obtenir le remboursement des sommes dues ;
Et attendu qu'ayant souverainement constaté que la caisse ne faisait état d'aucune vérification lui permettant de mettre en évidence une fraude commise par M. X., la cour d'appel en a exactement déduit, sans encourir les griefs du moyen, que le refus de prise en charge des actes dispensés aux assurés dans le cadre de la dispense des frais n'était pas justifié ;
D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;
Et sur le second moyen, pris en sa dernière branche :
Attendu qu'il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur le moyen annexé qui n'est manifestement pas de nature à entraîner la cassation ;
PAR CES MOTIFS :
REJETTE
 le pourvoi ;
Condamne la caisse primaire d'assurance maladie Y. aux dépens ;
Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;
Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du huit octobre deux mille quinze.