

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
27/12/95

Origine :
DGR
ACCG

MMES ET MM Les Directeurs

MMES ET MM Les Agents Comptables

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES ET MM Les Directeurs

MMES ET MM Les Agents Comptables

. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

Réf. :

DGR n° 117/95 - ACCG n° 50/95

Plan de classement :

259	251	256	65		
-----	-----	-----	----	--	--

Objet :

MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION D'AIDE MEDICALE ETAT (AME)

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Com.circ DGR 69/95

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/REGL - Danielle JAFFLIN /Réjane GOUEL - ACCG/Françoise HUGOT

Téléphone :

42 79 32 06

42 79 32 05 - 42 79 36 33

@

**Direction
de la Gestion du Risque**

Origine : MMES ET MM Les Directeurs
MMES ET MM Les Agents Comptables
.
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
.
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
DGR
AC (pour attribution)

MMES ET MM Les Directeurs
MMES ET MM Les Agents Comptables
.
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR - n°117/95
ACCG - n°50/95

Objet : MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION D'AIDE
MEDICALE ETAT (A.M.E.).

L'Aide Médicale (AM) constitue l'un des axes de la politique d'accès aux soins. La mise en oeuvre de la convention d'A.M.E. s'inscrit dans le cadre des engagements pris pour lutter contre l'exclusion sociale.

A propos de l'A.M.E., vous avez eu transmission :

- de la convention nationale d'A.M.E. signée en mai 1995, entre les Présidents des trois Caisses Nationales Maladie et le Ministère des Affaires Sociales,
- de la *circulaire ministérielle n°95-53 du 19 juillet 1995* qui indiquait les grandes lignes des opérations à prévoir pour le 1er janvier 1996.

La présente circulaire rédigée en commun par la C.C.M.S.A., la C.A.N.A.M. et la C.N.A.M.T.S. précise les procédures à organiser.

1. RAPPEL

11. Généralités à propos de la terminologie

Depuis la profonde réforme apportée par la *loi n°92-722 du 29/07/92*, l'Aide Médicale (A.M.) porte sur l'ensemble des Prestations en Nature (PN), c'est-à-dire les soins ambulatoires **et** les soins hospitaliers (et les cotisations à l'assurance personnelle au besoin).

Ainsi, quelles que soient les modalités de gestion de l'AM, il n'y a plus lieu d'utiliser les anciennes dénominations "d'aide médicale à domicile" et "d'aide médicale hospitalière". Ces dénominations doivent d'autant plus être abandonnées que le public de l'A.M. généralement trop peu informé de l'offre de soins, pourrait alors privilégier, mal à propos, l'utilisation des visites médicales (à domicile), pratiques qui ont été observées dans certaines circonscriptions de caisse.

- **Selon le critère financier**, on distingue :

- . **l'AM Départementale (AMD)** en faveur des personnes qui résident dans le département, les frais de l'AM étant pris en charge par le Département,
- . **l'AM Etat (AME)** en faveur des personnes sans résidence stable, les frais d'AM étant pris en charge par l'Etat.

- **Selon les conditions d'attribution et les prestations prises en charge**, on distingue, que ce soit pour l'AMD ou l'AME :

- . **l'AM de plein droit** qui comporte la prise en charge :
 - de l'ensemble des PN et, au besoin, des cotisations à l'assurance personnelle, pour les personnes titulaires du R.M.I. ou de l'allocation veuvage ou celles dont les ressources sont conformes au barème type : barème fixé par le règlement départemental d'AM pour l'AMD et par référence au barème RMI pour l'AME (art. 41-2 du décret du 02.09.1954 modifié par le décret n°93-648 du 26.03.1993 - circ.minist.: DIRMI/DAS/DSS - n°93-07 du 9 mars 1993 § 323.1),
 - des cotisations à l'assurance personnelle pour les jeunes de 17 à 25 ans remplissant les conditions de revenus et de résidence en France prévues pour l'attribution du R.M.I.,

. l'AM de droit commun qui concerne :

- des personnes non visées par l'AM de plein droit, et porte sur tout ou partie des PN ou une partie du ticket modérateur selon les conditions fixées par le décideur de l'AM.

12. Champ d'application de l'AME

L'AME concerne ..."les personnes dépourvues de résidence stable, et ayant fait élection de domicile auprès d'un organisme agréé conformément aux dispositions de l'Art. L.189-3 du CFAS" (Art. L.190-1-2° du CFAS).

Des précisions ont été apportées sur ce point par la circulaire ministérielle précitée du 9 mars 1993 (§ 424.2) et seront à nouveau explicitées dans la circulaire à paraître (Cf. § 5 ci-dessous).

Sont notamment considérées comme sans résidence stable, les personnes pour lesquelles aucune résidence ni aucun domicile fixe ne peut être déterminé, celles dépourvues d'un lieu d'habitation habituel et notoire dans un département.

Ne constitue pas une résidence, un domicile de secours ou un placement en établissement de santé ou à caractère social.

La procédure d'élection de domicile a pour objet de fournir aux intéressés une adresse administrative facilitant les démarches nécessaires pour faire valoir leurs droits.

L'élection de domicile effectuée en vue de l'attribution du RMI vaut également pour l'attribution de l'AM, sous réserve d'une vérification par la D.A.S.S. de sa validité.

Quoi qu'il en soit, l'élection de domicile ne fait pas partie des tâches déléguées aux organismes d'assurance maladie. Ceux-ci ont simplement à contrôler que le dossier de demande d'A.M.E. comporte une attestation d'élection de domicile. Dans la négative, la D.D.A.S.S. doit être informée immédiatement pour qu'elle fasse procéder à l'élection du domicile.

13. Portée de la délégation donnée aux organismes d'assurance maladie (*Art. L.182-4 du Code SS*).

L'exercice, au nom de l'Etat des compétences dévolues à celui-ci en matière d'AM, vise l'admission de plein droit, c'est-à-dire qu'elle concerne :

- Pour les personnes titulaires du RMI ou de l'allocation veuvage ,la prise en charge :
 - . du ticket modérateur de toutes les P.N. de l'assurance maladie-maternité,
 - . des cotisations d'assurance personnelle pour les personnes sans protection sociale (Art. 187-2- I et II du CFAS et Art. 188-1 du CFAS).
- Pour les personnes âgées de 17 à 25 ans, la prise en charge :
 - . des cotisations à l'assurance personnelle en cas d'absence de protection sociale (Art. 187-2 du CFAS). Ces personnes peuvent également bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur des prestations en nature au titre des dispositions définies au paragraphe suivant.
- Pour les personnes remplissant les conditions de ressources prévues au barème d'attribution du montant maximum de l'allocation du R.M.I. (Cf : circulaire ministérielle précitée du 9 mars 1993 § 323.1), mais ne pouvant percevoir cet avantage (personnes de moins de 25 ans ou d'origine étrangère), la prise en charge :
 - . des mêmes prestations et cotisations que citées ci-dessus.

Par ailleurs, bien que la loi ne prévoit pas spécifiquement la gestion de l'aide médicale de droit commun, il est toutefois admis que la délégation peut porter également sur ce domaine dès lors que les partenaires en sont d'accord et que les procédures en sont clairement explicitées aux organismes concernés par les actuels gestionnaires de l'A.M.E..

Dans le même esprit, il est admis, que les partenaires puissent convenir de procédures permettant une prise en charge complémentaire pour certaines dépenses (optique, prothèses dentaires...).

14. Durée du droit :

L'A.M. est attribuée pour 12 mois à compter des dates définies à l'article 13 de la Convention et concerne l'assuré et ses ayants droit au sens de l'assurance maladie (*Art. L.313.3 du CSS* et *Art. L.161-14 du CSS*).

Dans le cadre de cette règle, les organismes devront examiner en même temps le droit à l'assurance maladie et définir, dans la mesure du possible, une période de droit commune aux deux droits : assurance maladie - aide médicale (Cf. ci-dessous § 25).

2. MODALITES PRATIQUES

21. Généralités :

L'obligation faite aux organismes d'assurance maladie de mise en oeuvre au 1er janvier 1996 doit être réalisée dans le cadre d'une action définie en coordination par les partenaires prévus, et sur la base des procédures en vigueur dès lors qu'elles sont conformes aux dispositions légales.

22. Constitution des dossiers :

- **Principe :**

Lorsqu'un bureau instructeur exclut du champ de l'AMD un dossier, pour le transmettre à un organisme d'assurance maladie, celui-ci considère qu'il relève de l'AME.

- **Pratique :**

Dans la quasi généralité des cas, les demandes d'A.M.E. viendront du bureau instructeur.

Il convient donc de gérer le dossier avec les éléments utilisés actuellement dans le département (imprimés, procédures, circuits relationnels....).

Lorsque la demande est transmise par un service d'accueil d'un hôpital, les mêmes principes s'appliquent (Cf. circulaire ministérielle - n°93-07 du 9 mars 1993 § 432, et *circulaire ministérielle n°95-08 du 21 mars 1995* § 2.2.3.).

Dans l'hypothèse où une personne se présente directement à un organisme d'assurance maladie pour une demande d'A.M., deux situations sont à distinguer selon la situation de l'intéressé :

- il réside dans le département : il est orienté vers un bureau instructeur d'A.M.D,
- il n'a pas de résidence stable : le dossier A.M.E. est instruit conformément aux dispositions pratiques décrites par le représentant de l'Etat dans le département.

23. Admission d'urgence et admission immédiate

L'admission d'urgence n'existe plus.

L'admission immédiate doit être obligatoirement prononcée, dans un délai qui ne peut excéder huit jours à compter du jour du dépôt de la demande, en faveur des personnes bénéficiant du R.M.I. ou de l'allocation de veuvage, au vu de la décision attributive de l'allocation, notifiée à l'intéressé par l'organisme payeur de cette prestation.

L'admission immédiate est également possible pour les personnes dont la situation l'exige, c'est-à-dire chaque fois qu'il y a urgence et que le délai de la procédure normale d'instruction peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé du demandeur.

L'instruction est alors assurée en priorité sur les autres demandes et selon une procédure allégée qui ne dispense pas, cependant, le demandeur de fournir les pièces justificatives utiles, relatives notamment :

- à ses ressources (montant, date et nature des dernières ressources perçues),
- à son absence de résidence stable (élection de domicile, et indication des trois dernières localités de séjour et des dates de passage),
- date et lieu d'arrivée en France (pour les étrangers).

24. Etrangers en situation irrégulière :

Ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie, ces personnes sont prises en charge à 100% par l'AME lorsque celle-ci leur est attribuée.

Deux situations sont à distinguer :

- . étrangers vivant en France depuis plus de trois ans : l'AME est attribuée dans les conditions de droit commun (cf. Art. 186-4° du CFAS et *circulaire ministérielle n°95-08 du 21 mars 1995* § 1.2.9.),
- . étrangers vivant en France depuis moins de trois ans : l'AME est attribuée pour les seuls "soins dispensés dans un établissement de santé et les prescriptions ordonnées à cette occasion, ainsi que les consultations externes" (art. 186-3° du CFAS, circulaire DAS - n°95-16 du 08.05.1995 relative aux droits à l'aide sociale des étrangers résidant en France, § 22 et *circulaire interministérielle n°95-08 du 21.03.1995* § 1.2.9).

25. Notification et titre d'admission :

Trop souvent, les professionnels de santé, mal informés du dispositif d'AM, ne savent pas reconnaître la portée de cette admission.

L'attribution de l'AM (AMD et AME) est valable sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, avant l'instruction de toute demande, l'intéressé devra confirmer qu'il n'est pas déjà titulaire d'une admission à l'A.M. en cours de validité, accordée dans un autre département.

Bien entendu, il importe de délivrer au bénéficiaire de l'AME :

- une notification (exemple proposé en annexe) précise, explicitant :
 - . l'énoncé de l'avantage : AME avec prise en charge par l'Etat,
 - . la portée : l'ensemble des prestations en nature des assurances maladie-maternité, pour l'assuré et les membres de sa famille,

- . les avantages liés à l'AME : bénéfice de la dispense d'avance des frais et prise en charge par l'Etat du montant du ticket modérateur,
- . la durée de la prise en charge : 12 mois dans les conditions générales,
- . l'organisme chargé du paiement des honoraires : indication précise de la dénomination, adresse, numéro du poste téléphonique de l'agent à joindre au besoin,
- un titre d'admission : l'apposition d'une mention explicite sur la C.A.S., représente la solution la plus judicieuse, car elle permet à l'intéressé de faire valoir ses droits avec un seul justificatif, harmonisé sur l'ensemble du territoire.

Remarque : Il importe que les périodes des deux catégories de droit coïncident. Pour une lecture facilitée, la CAS devra d'ailleurs dans ce cas n'indiquer que la seule période de droit : celle commune à l'assurance maladie et l'aide médicale.

26. Notion de Caisse pivot :

La Convention Nationale et la circulaire ministérielle du 19 juillet 1995 suggèrent qu'un organisme "pivot" se charge de l'instruction du dossier d'admission et du paiement direct des honoraires aux professionnels de santé.

L'objectif de cette disposition vise la simplification des démarches administratives pour le public et les professionnels de santé.

Toutefois, une telle mesure n'est pas d'application facile car elle nécessite, dans le cadre d'un partenariat étroit, un contact permanent avec le régime d'assujettissement qui, en tout état de cause, reste en charge de la liquidation des prestations de ses ressortissants.

La possibilité d'organiser des procédures avec "caisse pivot" est donc laissée à l'initiative des différents organismes locaux d'assurance maladie.

Néanmoins, en ce qui concerne le régime général, lorsqu'un département comporte plusieurs caisses primaires, il convient qu'une seule d'entre elles soit désignée comme pivot pour le régime général.

27. Mesures de suivi :

La gestion des prestations d'A.M.E. demande un suivi très rigoureux (dénombrement - montant). Un bilan de ces données sera effectué pour la fin du premier trimestre 1996.

28. Formalisation des procédures mises en place :

La convention d'AME a une portée générale. Néanmoins, les mesures d'application pratiques définies par les partenaires locaux peuvent faire l'objet d'accords locaux précisant les moyens et procédures mis en oeuvre, ainsi que les modalités particulières de prise en charge des frais hors tarifs de responsabilité.

3- MODALITES COMPTABLES

Dès lors qu'il y a bénéfice à l'AME au vu du dossier du bureau instructeur, la Caisse Primaire paiera pour le compte de l'Etat les prestations d'aide sociale. En contrepartie l'Etat versera une remise de gestion.

Schéma de comptabilisation**31 Paiement des prestations**

M 656 - Prestations (RG)	X	
TM 45788221 - Aide Médicale Etat - Prestations	X	
T5 - Etablissement financier		X

32 Comptabilisation des remises de gestion fixées à 190 F pour l'année 1996

TM 45788221 - Aide Médicale Etat - prestations	X	
GA 70888 - Produits divers		X

Le montant de 190 F doit être versé annuellement pour chaque dossier instruit. Conformément aux dispositions de l'article 17 de la convention ce montant pourra faire l'objet d'une revalorisation ultérieure au vu des résultats analytiques de chaque Caisse gestionnaire, après une année de mise en oeuvre du dispositif.

33 Acomptes de l'Etat

Conformément aux dispositions de l'article 16 de la convention nationale, le paiement des prestations ne donnera lieu au paiement d'acomptes que le 1er juillet 1996. Dans cette attente les Caisses Primaires devront procéder au règlement des prestations sur la trésorerie du Régime Général.

Ces acomptes devront être réclamés par chaque Caisse primaire au représentant de l'Etat et devront donner lieu à la comptabilisation suivante lors de leur versement :

T5 - Etablissement financier à T 45788221 - Prestations AME	X	X
---	---	---

34 Prise en charge des cotisations d'assurance personnelle par l'Etat pour les bénéficiaires de l'AME.

Le montant de la cotisation à l'assurance personnelle due par l'Etat devra être déterminé par les CPAM et les CGSS et sera retracé dans la comptabilité de ces organismes, de la façon suivante :

TM 45788222 - Aide Médicale Etat - cotisations A.P. TM 4511345 - CNAMTS cotisations A.P. - AME	X	X
---	---	---

Ces cotisations seront ainsi reversées chaque année à la CNAMTS, après centralisation des résultats comptables des organismes de la branche maladie.

Il résulte de ces dispositions que les CPAM et les CGSS ne devront plus transmettre d'informations sur l'affiliation de ces assurés, aux URSSAF, pour éviter tout appel de cotisations des URSSAF envers les DDASS.

35 Apurement financier des opérations AME de l'exercice 1996.

L'ensemble des charges imputées au compte de l'Etat (Prestations et remises de gestion) et des cotisations d'assurance personnelle retracées dans les comptes " 4578822 - AME " susvisés feront l'objet d'une facturation, au représentant de l'Etat, sous déduction des acomptes qui seront versés au 1er juillet 1996.

Cette facturation devra être effectuée pour l'année 1996 le 31 mars 1997, conformément aux dispositions de l'article 16 de la convention.

4. MODALITES INFORMATIQUES

Les informations concernant ce sujet seront transmises prochainement par circulaire séparée. Une réunion associant des Caisses Primaires a lieu le 9 janvier 1996 pour modifier le cahier des charges de l'application en conséquence.

5. CIRCULAIRE MINISTERIELLE

Une circulaire ministérielle est parallèlement adressée aux Préfets.

Dans le même esprit que la présente instruction, elle précisera les modalités pratiques que doivent déléguer les actuels gestionnaires de l'A.M.E. et notamment :

- l'aide que doivent apporter les DDASS aux organismes d'assurance maladie pendant la première année de mise en oeuvre,
- le champ de la délégation : A.M. de plein droit pour la période de 12 mois définie légalement, avec des accords possibles pour des dispositifs plus étendus (admission de droit commun, dépassements de tarifs...),

- le contenu du dossier, comprenant notamment l'attestation de domiciliation, constituant, pour l'organisme d'assurance maladie la pièce justificative de l'absence de résidence stable : en l'absence de cette pièce, ledit organisme saisit la DDASS pour qu'elle se charge de faire procéder à cette opération,
- l'obligation de définir, dans toute la mesure du possible des périodes communes de droit à l'assurance maladie et à l'aide médicale,
- l'importance d'une pièce qui soit un justificatif commun des droits : la CAS représente le support le mieux adapté,
- l'obligation de supprimer toute mesure dérogatoire à la loi (utilisation de bons notamment),
- le nécessaire suivi statistique des dossiers en termes de dénombrement et de montant de dépenses, (Cf. Annexe II ci-jointe).
- l'indispensable qualité de partenariat nécessaire à la lutte contre l'exclusion et l'accès aux soins des personnes en difficulté.

Un point sera fait sur cette mise en oeuvre à la fin du premier trimestre 1996 au moyen d'un questionnaire qui vous parviendra vers début 1996. Le résultat sera analysé lors d'une réunion du groupe national A.M. dont la composition sera élargie aux nouveaux partenaires.

Le Directeur

Gérard RAMEIX

EXEMPLE DE NOTIFICATION D'A.M.E.

Vous êtes admis à l'Aide Médicale - prise en charge par l'Etat. (A.M.E.)

Cela signifie que vous pouvez, vous et votre famille, bénéficier de tous les soins nécessaires à votre état de santé auprès du médecin de votre choix, que ce soit dans un établissement de santé (hôpital, dispensaire...) ou un cabinet médical.

Le fait d'être titulaire de l'A.M.E. vous permet de ne pas avoir à payer les frais des soins qui sont effectués par les professionnels de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, dentiste, auxiliaire médical, pharmacie, laboratoire....) : vous présenterez, à cet effet, votre carte de sécurité sociale (au besoin, cette lettre) pour justifier de votre situation.

Le professionnel de santé enverra la feuille de soins directement à l'organisme qui gère votre dossier d'A.M.E. Il s'agit de :

- nom de l'organisme (
- adresse) **à compléter par l'organisme**
- numéro de téléphone (

Cette admission est valable :

- * pour un an,
- * sur l'ensemble du territoire.

Si vous changez de résidence , vous n'avez pas à faire de nouvelle demande au cours de la période de droit figurant sur votre carte.

ATTENTION, veuillez à faire renouveler ce droit avant la date de fin.

Attestation faite en application des dispositions de l'article L.182-4 du Code de la sécurité sociale prévoyant la délégation aux Directeurs des Organismes d'Assurance Maladie en matière de gestion de l'A.M.E. telle que prévue aux articles 189-6 et 189-7 du C.F.A.S.

ANNEXES II

SUIVI DES DEPENSES D'A.M.E.

Pour observer l'évolution des dépenses liées à l'A.M.E., je vous prie de bien vouloir faire parvenir en retour à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour le 15 avril 1996 :

- les tableaux ci-joints relatifs aux frais des mois de janvier, février et mars 1996,
- le nombre d'assurés admis à l'A.M.E. en précisant :
 - . le nombre d'assurés :
 - . dont assurés personnels :
 - . le nombre d'ayants droit couverts :

@NV

SUIVI DES DEPENSES D'A.M.E.

JANVIER 1996

	HONORAIRES MEDICAUX		DONT HONORAIRES DENTAIRES		PHARMACIE	EXAMENS DE LABORATOIRE	AUXILIAIRES MEDICAUX		AUTRES ACTES AMBULATOIRES		HOSPITALISATION	
	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Montant	Montant	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Nbre de jours*	Montant
+ de 70 ans												
de 61 à 70 ans												
de 51 à 60 ans												
de 41 à 50 ans												
de 31 à 40 ans												
de 26 à 30 ans												
de 21 à 25 ans												
de 16 à 20 ans												
de 10 à 15 ans												
moins de 10 ans												

Total général des dépenses :

*** dans la mesure du possible**

SUIVI DES DEPENSES D'A.M.E.

FEVRIER 1996

	HONORAIRES MEDICAUX		DONT HONORAIRES DENTAIRES		PHARMACIE	EXAMENS DE LABORATOIRE	AUXILIAIRES MEDICAUX		AUTRES ACTES AMBULATOIRES		HOSPITALISATION	
	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Montant	Montant	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Nbre de jours*	Montant
+ de 70 ans												
de 61 à 70 ans												
de 51 à 60 ans												
de 41 à 50 ans												
de 31 à 40 ans												
de 26 à 30 ans												
de 21 à 25 ans												
de 16 à 20 ans												
de 10 à 15 ans												
moins de 10 ans												

Total général des dépenses :

*** dans la mesure du possible**

SUIVI DES DEPENSES D'A.M.E.

MARS 1996

	HONORAIRES MEDICAUX		DONT HONORAIRES DENTAIRES		PHARMACIE	EXAMENS DE LABORATOIRE	AUXILIAIRES MEDICAUX		AUTRES ACTES AMBULATOIRES		HOSPITALISATION	
	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Montant	Montant	Nbre	Montant	Nbre	Montant	Nbre de jours*	Montant
+ de 70 ans												
de 61 à 70 ans												
de 51 à 60 ans												
de 41 à 50 ans												
de 31 à 40 ans												
de 26 à 30 ans												
de 21 à 25 ans												
de 16 à 20 ans												
de 10 à 15 ans												
moins de 10 ans												

Total général des dépenses :

*** dans la mesure du possible**