

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

11/04/96

Origine :

CABDIR

MMES et MM. les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM. les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM. les Agents Comptables
MMES et MM. les Directeurs
des Centres de Traitement Informatique

(pour attribution)

MME et MM. les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

Réf. :

CABDIR n° 3/96

Plan de classement :

44						
----	--	--	--	--	--	--

Objet :

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE - MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR DES CAISSES
PRIMAIRES : *Arrêté du 26 octobre 1995*

Pièces jointes :

0	3
---	---

Liens :

Date d'effet :

1er avril 1996

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ASS/S. PIERSON - ASS/SOC M. CODA - MOPGI/M. SADOUL

Téléphone :

42.79.33.53 - 42.79.33.54 - 42.79.33.92

@

Cabinet du Directeur

11/04/96
Origine :
CABDIR

MMES et MM. les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM. les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM. les Agents Comptables
MMES et MM. les Directeurs
des Centres de Traitement Informatique

(pour attribution)

MME et MM. les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : CABDIR n° 3/96

Objet : Action Sanitaire et Sociale - Modification du règlement intérieur
des Caisses Primaires : *Arrêté du 26 octobre 1995*

L'*Arrêté du 26 octobre 1995* relatif aux prestations supplémentaires et aux aides financières attribuées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie paru au Journal Officiel du 15 novembre 1995 porte modification des Art. 71 à 71-3 du règlement intérieur modèle des Caisses et abroge, ce faisant, les *Arrêtés du 22 juillet 1954* et du 21 janvier 1956 modifiés se rapportant à ces deux types de prestations.

Ces dispositions font suite aux délibérations de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse Nationale, prises lors de sa réunion du 12 juillet 1994, à partir des travaux de réflexion engagés dans le cadre de l'enquête menée auprès des Caisses sur les adaptations du dispositif d'intervention dans ce domaine.

Celles-ci visent en effet essentiellement à actualiser la liste des prestations supplémentaires facultatives susceptibles d'être servies sur les fonds d'Action Sanitaire et Sociale pour prendre en compte l'évolution de la législation ainsi que des besoins des assurés sociaux et des situations rencontrées.

La présente circulaire a donc pour objet de préciser, pour modification du règlement intérieur de votre Caisse, le contenu des mesures intervenues et les modalités suivant lesquelles il vous appartient de les mettre en oeuvre et traite donc successivement des :

- prestations supplémentaires,
- aides financières,
- modalités de liquidation.

I/ LES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

1) Champ d'application et procédure

L'Art. 1 de l'Arrêté présente deux modifications par rapport aux paragraphes 1 et 2 de l'Art. 71 du RICP.

D'une part, il tire conséquence de l'extension de la notion "d'ayant droit" intervenue par la *Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993*, et n'énumère donc plus limitativement les catégories des bénéficiaires potentiels. Le champ d'application des prestations supplémentaires vise ainsi les assurés sociaux et leurs ayants droits au sens des Art. L 313-3, et L 161-14 du Code de la Sécurité Sociale.

D'autre part, il allège la procédure d'attribution, en ce qu'il supprime le recours systématique à l'Aide Médicale, qui était prévu, sauf cas d'urgence, préalablement à tout examen par la Caisse.

Il s'entend toutefois que le nouveau dispositif d'aide médicale tel que réformé par la loi du 27 juillet 1992 a vocation à s'appliquer prioritairement pour les bénéficiaires de plein droit, et que pour l'aide médicale de droit commun, l'instruction est à conduire en fonction, le cas échéant, des accords conventionnels.

2) Prestations supplémentaires facultatives

L'Art. 2 de l'arrêté qui modifie le paragraphe 3 de l'Art. 71 du RICP fixe la liste des prestations supplémentaires facultatives, en ramenant leur nombre de 18 à 13 (avec la suppression de 6 prestations et la création d'une nouvelle) et en modifiant le libellé de 6 autres.

Vous trouverez en annexe deux tableaux récapitulatifs établissant une grille de concordance entre l'ancienne et la nouvelle liste et précisant la portée des amendements intervenus.

3) Prestations supplémentaires obligatoires

Les *Art. 2-1 et 3 de l'arrêté du 26 octobre 1995* reprennent respectivement les Art. 71-2 et 71-1 du règlement intérieur modèle des Caisses Primaires.

3-1) Indemnité compensatrice de perte de salaire pour dialyse rénale à domicile

Aucune modification n'est apportée pour l'attribution de cette prestation, étant rappelé que celle-ci n'est soumise à aucune condition de ressources.

3-2) Prestations de cure thermale accordées au titre des prestations supplémentaires sous condition de ressources

La réglementation reste identique, avec prise en compte toutefois de l'élargissement de la qualité d'ayant droit aux termes de la *Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993*.

Il est précisé que, sauf exonération du ticket modérateur, le taux de remboursement est de 65 % du coût du billet aller et retour en 2ème classe SNCF.

II/ AIDES FINANCIERES (ex Secours)

L'article 4 reprend les modalités présidant au régime des secours, avec néanmoins deux modifications :

- l'une, touchant à la forme, puisqu'aux termes "secours individuel" est substituée l'expression "aide financière individuelle",
- l'autre touchant aux conditions d'attribution puisque la norme de 12,5 % des fonds d'Action Sanitaire et Sociale de chaque Caisse Primaire pouvant être alloués à ce titre, qui était implicitement abrogée par l'Arrêté du 27 octobre 1970, est supprimée.

En revanche, les autres dispositions ont toujours vocation à s'appliquer, notamment l'octroi d'aides d'urgence par délégation du Conseil d'Administration, de même que les accords passés avec plusieurs services sociaux régionaux pour ne plus faire systématiquement toutes les enquêtes sociales pour un montant supérieur à 2 000 F. Ces accords se situaient en effet dans la même logique que la suppression des enquêtes sociales pour les demandes de prestations supplémentaires (Cf. circulaire CNAMTS MCN/SDAM/SOC du 11 avril 1973).

La parution de cet arrêté ayant entraîné dans quelques caisses la remise en cause de ces accords, il paraît nécessaire de rappeler l'évolution du travail social ayant conduit à la diffusion de la circulaire CNAMTS-CNAVTS du 16 août 1993 sur les missions du service social et le recentrage sur le travail social individuel et collectif excluant les tâches purement administratives.

Dans le même sens, il convient aussi de faire état des travaux d'une Commission d'étude ministérielle publiés en janvier 1993 qui concluaient à la nécessaire distinction entre **enquête sociale** à but exclusif d'information et de contrôle et **rapport de situation sociale** présenté par un assistant social dans le cadre d'une intervention sociale d'aide individualisée ou collective, avec étude approfondie de la situation globale de l'assuré, examen avec lui des solutions à court et moyens termes les plus adaptées à ses difficultés, intégration de l'apport financier éventuel dans le plan d'aide contractualisé.

Dans ces conditions, bien des demandes d'aides financières supérieures à 2 000 F n'exigent pas, de manière systématique, la réalisation d'un tel bilan global de situation, ni l'investissement en temps et en coût du service social d'une CRAM, contribuant ainsi à alléger les démarches des assurés sociaux et la tâche des services sociaux ; cette pratique, qui ne peut qu'être recommandée, est largement suivie par nombre de CPAM. Entrent notamment dans ce champ les demandes d'aides financières, quel que soit leur montant, relatives par exemple, aux frais d'obsèques, à l'aide ménagère, au petit appareillage : appareils dentaires, auditifs et lunettes, pour lesquelles les Caisses disposent parfois d'un avis médical.

Mais ceci n'exclut pas, même dans ces cas, quelques exceptions : lorsque le service social assure déjà l'accompagnement social du demandeur, ou lorsque la Commission d'Action Sanitaire et Sociale juge, compte tenu d'une situation familiale difficile, qu'une évaluation de la situation globale et qu'un accompagnement social sont indispensables à sa décision.

III LES MODALITES DE LIQUIDATION

Les prestations supplémentaires sont à régler suivant les codes prestations du tableau ci-joint en annexe III.

Le code P09 n'étant pas encore créé, il convient de liquider celui-ci sous le code P18 dans l'attente de la réalisation de cette action de maintenance.

Par ailleurs, il ne sera pas procédé à la création de nouveaux codes prestations ; bien que la signification des codes ait évolué, le règlement des prestations supplémentaires doit s'effectuer avec les codes prévus par l'*arrêté du 26 octobre 1995*.

Exemple :

1) - Perte de salaire enfant malade

- en 1995 : Code P07
- en 1996 : à régler sous le code P05

2) - Indemnité complémentaire rééducation professionnelle

- en 1995 : Code P11
- en 1996 : Code P09 (*à liquider sous P18 dans l'attente de l'action maintenance*)

Code Exonération du T.M.

Les codes prestations *P01*, *P03* et *P16* seront toujours utilisés par le système pour l'exonération du T.M., toutefois, il convient de ne créer désormais que le *P01* et non *P03*.

En ce qui concerne le code *P16*, et dans l'attente de l'action de maintenance qui permettra de créer le code *P11*, le code *P16* continue d'être opérationnel.

En conséquence, dans une première phase le Système Central va évoluer pour un changement de "Libellé" (mise à jour de tables seulement).

Pour Laser Local Bull, ces changements de Libellé sont inclus dans la Version 32.5 du Lot 95.20 qui vous sera rediffusée prochainement.

Remarque :

La mise en place de ces codes prestations doit s'effectuer au 1er avril 1996 ; les dépenses du 1er trimestre 1996 sont ventilées suivant les anciens codes prestations, il convient donc de conserver l'état de ces dépenses afin de pouvoir régulariser en fin d'année.

Le Directeur**L'Agent Comptable****Gérard RAMEIX****Alain BOUREZ**

**ÉTAT RECAPITULATIF DES MODIFICATIONS APPORTEES DANS LA LISTE
DES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES FACULTATIVES
SERVIES PAR LES CAISSES PRIMAIRES**

Ancienne PS	Nouvelle PS	Nature de la prestation
PS 1	PS 1	Exonération du ticket modérateur
PS 2	PS 2	Complément aux frais de transport
PS 3		SUPPRIMEE
PS 4		SUPPRIMEE
PS 5	PS 3	Donneurs de substances organiques : frais prélèvement et indemnités journalières
PS 6	PS 4	Frais d'hospitalisation ou frais de déplacement : mère allaitant un enfant
PS 7	PS 5	Perte de salaire : enfant malade
PS 8	PS 6	Indemnités journalières maternité
PS 9	PS 7	Frais d'aide familiale (prise en charge par les CAF)
PS 10	PS 8	Frais funéraires
PS 11	PS 9	Indemnité complémentaire réadaptation et rééducation professionnelles
PS 12		SUPPRIMEE
PS 13	PS 10	Indemnité cure thermale - maladies nerveuses
PS 14		SUPPRIMEE
PS 15		SUPPRIMEE
PS 16	PS 11	Frais médicaux enfants de - 1 an : complément ticket modérateur
PS 17	PS 12	Allocation décès
PS 18		SUPPRIMEE
	PS 13	Complément traitement maladies chroniques - maintien à domicile

ANNEXE 3

PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

NATURE DES PRESTATIONS	LIBELLE (TABLES DE VALEURS)	CODE LIQUIDATION (LASER)	VENTILATION
P01	PS1 - COMPLEMENT TICKET MODERATEUR	PS1 COMPL. TICKET MOD.	MALADIE
P02	PS2 - COMPLEMENT FRAIS TRANSPORT	PS2 COMP.TR	MALADIE
P03	PS3 - FRAIS/OCCASIONNES/PRELEVEMENTS	PS3 FRAIS PRELEV.	MALADIE
P04	PS4 - COMPL.FRAIS SEJOUR HOSPITALI.	PS4 COMP.FRAIS SEJ.	MALADIE
P05	PS5 - PERTE DE SALAIRE ENFANT MALADE	PS5 PERTE SALAIRE	MALADIE
P06	PS6 - INDEMNITES JOURNALIERES MATER.	PS6 IND.JOURN.MAT.	MALADIE
P08	PS8 - FRAIS FUNERAIRES	PS8 FRAIS FUNER.	MALADIE
P09 (P18)	PS9 - INDEM.COMPLE.REEDU.PROF.	PS9 COMPL.REED.	AT
P10	PS10 - COMPL.CURE THERMALE	PS10 COMPL.CURE	MALADIE/AT
P11	PS11 - COMPL.TICKET MODERATEUR	PS11 COMPL.T.M.	MALADIE
P12	PS12 - ALLOCATION DECES	PS12 ALLOC.DECES	MALADIE
P13	PS13 - COMPL.MAL.CHRO.M.A.D.	PS13 COMP.CHRO.M.A.D.	MALADIE/AT
SEC	SEC - AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE	SEC AIDE FINAN.EXCEPT	

@NV

Annexe 1

ANCIEN LIBELLE	NOUVEL INTITULE
<p><u>PS 1</u> : Prise en charge de tout ou partie de la participation de l'assuré dans tous les cas où l'insuffisance de ses ressources, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses occasionnées par la maladie, le justifiera.</p>	<p><u>PS 1</u> : texte inchangé</p>
<p><u>PS 2</u> : Participation aux frais de transport et de séjour non pris en charge au titre des prestations légales, engagés par les assurés sociaux ou ayants droit devant se rendre en dehors de leur résidence pour subir un traitement sans hospitalisation ou un examen médical non visé par le Décret du 6 mai 1988, s'il est établi médicalement qu'ils ne peuvent subir sur place les examens et les soins nécessités par leur état.</p> <p>Participation dans les mêmes cas ou sous les mêmes conditions aux frais de transport et de séjour de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers, en raison de son jeune âge ou de son état de santé.</p>	<p><u>PS 2</u> : Participation aux frais de transport, pris en charge au titre des prestations léga engagés par les assurés sociaux ou leurs a droit qui doivent subir un traitement sans hospitalisation ou un examen médical non par le *Décret n° 88-678 du 6 mai 1988*, réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen.</p> <p>Participation dans les mêmes cas aux frais transport de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplac sans l'assistance d'un tiers, en raison de so jeune âge ou de son état de santé.</p>
<p><u>PS 3</u> : Prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur en faveur des assurés sociaux et ayants droit visés par l'*Art. L 313-3 du Code de la Sécurité Sociale* dont l'hospitalisation est prise en charge par la Caisse, dans des établissements publics et privés régulièrement agréés, de réadaptation fonctionnelle ou dans les services spéciaux des hôpitaux publics et pour lesquels le traitement permet d'espérer la récupération fonctionnelle.</p>	<p>Texte supprimé</p>
<p><u>PS 4</u> : Attribution des prestations en nature du régime légal de l'assurance maladie aux ayants droit non visés par l'*Art. L 313-3 du Code de la Sécurité Sociale* appartenant aux catégories énumérées aux 3) et 4) du paragraphe 2 du présent article.</p>	<p>Texte supprimé</p>
<p><u>PS 5</u> : Remboursement à l'occasion des prélèvements, de tout ou partie des frais engagés par les assurés sociaux ou leurs ayants droit donneurs de substance organique d'origine humaine et octroi d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail, lorsque ces frais et cette indemnité ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance maladie.</p>	<p><u>PS 3</u> : Texte inchangé</p>

<p><u>PS 6</u> : Participation dans les conditions de l'assurance maladie aux frais d'hospitalisation de la mère qui allaite un enfant hospitalisé ou de l'enfant allaité accompagnant sa mère hospitalisée dans un établissement habilité à recevoir les enfants avec les mères.</p>	<p><u>PS 4</u> : Participation dans les conditions de l'assurance maladie aux frais d'hospitalisation de la mère qui allaite un enfant hospitalisé de l'enfant allaité accompagnant sa mère hospitalisée dans un établissement habilité à recevoir les enfants et les mères.</p> <p>Participation aux frais de déplacement de mère portant le lait maternel à l'enfant hospitalisé.</p>
<p><u>PS 7</u> : Attribution aux assurés sociaux, contraints de suspendre leur travail pour soigner un enfant mineur vivant habituellement au domicile, d'indemnités, égales au maximum, aux indemnités journalières qu'ils recevraient en cas de maladie, pendant une durée ne pouvant excéder un mois.</p>	<p><u>PS 5</u> : Texte inchangé</p>
<p><u>PS 8</u> : Attribution aux assurées sociales appartenant aux catégories des artistes du spectacle et aux mannequins des maisons de couture des indemnités journalières de maternité dès qu'il y aura pour elles impossibilité constatée d'exercer leur profession, et au plus tôt à partir de la vingt et unième semaine précédant la date présumée de l'accouchement.</p> <p>Attribution, dans les mêmes conditions, des mêmes indemnités journalières de maternité, aux assurées dont le métier comporte des travaux pénibles entraînant dans chaque cas, avec leur état une incompatibilité constatée.</p>	<p><u>PS 6</u> : Attribution aux assurées sociales do métier comporte des travaux incompatible avec leur état des indemnités journalières maternité, dès qu'il y aura pour elles impossibilité constatée d'exercer leur profession et, au plus tôt, à partir de la ving unième semaine précédant la date présumé l'accouchement.</p>
<p><u>PS 9</u> : Participation aux frais de l'aide familiale apportée en cas de maladie, par des organisations agréées, aux femmes ayant au foyer au moins un enfant de moins de quatorze ans.</p>	<p>Texte inchangé</p>
<p><u>PS 10</u> : En cas d'absence de bénéficiaires de l'allocation décès, octroi d'une indemnité pour frais funéraires aux personnes qui les ont en fait assumés, lorsque les assurés décédés ne leur ont pas laissé une succession atteignant au moins le montant des frais funéraires de la plus basse catégorie.</p> <p>Cette indemnité ne pourra être supérieure au plafond fixé par l'Art. 435-1 du Code de la Sécurité Sociale*.</p>	<p><u>PS 8</u> : Texte inchangé</p>

<p><u>PS 11</u> : Attribution d'une indemnité qui ne pourra dépasser (pension d'invalidité et indemnités journalières comprises) le salaire mensuel de la catégorie professionnelle du futur métier des intéressés, aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité ou bénéficiaires de l'assurance maladie qui sont admis à effectuer un stage dans les centres de rééducation professionnelle agréés ou qui bénéficient d'un contrat de rééducation chez l'employeur.</p>	<p><u>PS 9</u> : Texte inchangé</p>
<p><u>PS 12</u> : Prise en charge de tout ou partie des frais d'hébergement des assurés sociaux ou ayants droit devant suivre un traitement dans les externats de rééducation motrice de certaines stations thermales, lorsque la durée du traitement est supérieure aux vingt et un jours prévus pour la cure normale et après accord du contrôle médical.</p>	<p>Texte supprimé</p>
<p><u>PS 13</u> : Attribution d'un supplément au forfait d'hébergement déjà accordé par la Caisse à des assurés sociaux et ayants droit devant effectuer une cure thermique et attribution d'une indemnité exceptionnelle lorsque la cure, effectuée dans une station pour maladies nerveuses, doit dépasser, si le contrôle médical l'estime justifiée, la durée de vingt et un jours.</p>	<p><u>PS 10</u> : Attribution d'une indemnité exceptionnelle aux assurés sociaux et ayants droit devant effectuer une cure thermique d'une station pour maladies nerveuses lorsque la cure doit dépasser, si le service médical l'estime justifié, la durée de vingt et un jours.</p>
<p><u>PS 14</u> : Remboursement de tout ou partie de la perte réelle de salaire subie par les assurés sociaux à l'occasion des séances préparatoires à l'accouchement psychoprophylactique.</p>	<p>Texte supprimé</p>
<p><u>PS 15</u> : Catégorie de prestations supprimée par la Loi du 31.07.1963 et le *Décret n° 69-134 du 06.02.1969*.</p>	<p>Texte supprimé</p>
<p><u>PS 16</u> : Prise en charge du ticket modérateur relatif aux frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et autres dispensés aux enfants de moins d'un an dans les départements où le taux moyen de mortalité infantile a été, pendant l'année précédente, supérieur de 10 % au taux moyen national non rectifié.</p> <p>Le Conseil d'Administration peut déléguer au directeur de la Caisse Primaire ses pouvoirs d'attribution de la prestation supplémentaire sous son contrôle ou sous celui de la Commission habilitée par lui et dans les limites fixées par le règlement intérieur.</p>	<p><u>PS 11</u> : Texte inchangé</p>

<p><u>PS 17</u> : Attribution, en cas d'accident mortel survenu à l'assuré, d'une allocation aux ayants droit appartenant à l'une des catégories mentionnées respectivement à l'Article L-313-3, à l'Art. L-434-8 du Code de la Sécurité Sociale* et au 3) du paragraphe 2 du présent article, sans que le total des allocations attribuées, le cas échéant, puisse dépasser le 1/5^e du montant maximal du capital décès (arrêté du 9 juillet 1971).</p>	<p><u>PS 12</u> : Attribution, en cas d'accident mortel survenu à l'assuré, d'une allocation à ses ayants droit sans que le total des allocations attribuées, le cas échéant, puisse dépasser le cinquième du montant maximal du capital décès.</p>
<p><u>PS 18</u> : Attribution, en cas de traitement de l'insuffisance rénale par dialyse à domicile, d'une participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux frais de raccordement au réseau et d'abonnement téléphonique lorsque l'installation et l'abonnement sont uniquement motivés par les besoins du traitement, - aux frais de consommation d'eau et d'électricité utilisées lors de chaque séance de dialyse. 	<p>Texte supprimé</p>

	<p><u>PS 13</u> : Participation aux dépenses non remboursables au titre des prestations légales liées au traitement des maladies chroniques en cas de maintien à domicile dans le cadre de modalités alternatives à l'hospitalisation des personnes malades.</p>
--	--

