

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
14/06/96

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 4/96

Plan de classement :
259

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

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :
Dossier suivi par :
Téléphone :

Date de Réponse :

REGL/Danielle JAFFLIN

42 79 32 06

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)

Cabinet Du Directeur

14/06/96

MMES ET MM les Directeurs
MMES ET MM les Agents Comptables

Origine : .des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
CABDIR . 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)

N/Réf. : CABDIR n° 4/96

Objet : Mise en oeuvre de la Convention Nationale d'Aide Médicale (AME).

L'enquête transmise aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie et Caisses Générales de Sécurité Sociale avec la circulaire *DGR - n°117/95* -*AC - n°50-95 du 27.12.95* à propos de la mise en oeuvre de la Convention Nationale d'AME a mis en évidence un grand nombre de questions pratiques, posées également par le Groupe National Aide Médicale dans sa réunion du 29 février 1996.

Le présent document récapitule ces questions par thème et apporte les réponses rédigées par les services techniques de la D.A.S.et de la D.S.S. du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, de la D.I.R.M.I. et de la C.N.A.M.T.S.

Il importe qu'au plan local, le partenariat soit également très effectif entre les services de l'Etat et ceux des Caisses Primaires.

L'Aide Médicale, qui peut se définir en effet comme le complément naturel de l'assurance maladie, en permettant la dispense d'avance des frais et la prise en charge du ticket modérateur par le département ou l'Etat, constitue un volet primordial de la politique d'accès aux soins en faveur des personnes en situation difficile.

En ce sens, la mise en oeuvre de la Convention d'AME qui, délègue aux organismes d'assurance maladie les prérogatives de l'Etat en matière d'AM concernant les personnes sans résidence stable, représente un enjeu important de la lutte contre l'exclusion.

Cependant, la mission confiée aux organismes d'assurance maladie par l'Etat est rendue complexe par la spécificité du public concerné : il s'agit non seulement d'assurer les tâches traditionnelles de paiement des prestations, mais, de plus, de développer obligatoirement les tâches nouvelles d'accompagnement administratif et social pour assurer le suivi et la continuité des droits.

Le Ministère est saisi des difficultés, en vue d'une amélioration des procédures, à prévoir dans le cadre des réformes à l'étude.

Une circulaire spécifique à l'assurance personnelle apportera les réponses aux questions posées sur le sujet.

Le Directeur

Gérard RAMEIX

P.J. - Récapitulatif des textes et circulaires

- 4 fiches questions-réponses.
- Réponses enquête AME (demandée par circulaire
- DGR - n°117/95 du 27.12.95).

LISTE DES TEXTES ET CIRCULAIRES CONCERNANT L'AIDE MEDICALE (AM)

1. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- *Loi n°92-722 du 29 juillet 1992* (JO du 30) portant adaptation de la *loi n°88-1088 du 1er décembre 1988* relative au R.M.I., et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.
- *Loi n°93-121 du 27 janvier 1993* (JO du 30) portant diverses mesures d'ordre social (art. 13).
- *Décret n°93-648 du 26 mars 1993* (JO du 28) relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le Code de la sécurité sociale.
- *Arrêté du 24 mars 1993* (JO du 27) portant fixation de la convention type relative à la gestion de l'aide médicale départementale par les organismes d'assurance maladie.

2. CIRCULAIRES MINISTERIELLES :

- *Circulaire DIRMI/DAS/DSS n°93-01 du 20 janvier 1993* relative à la mise en oeuvre de l'AM pour les bénéficiaires du RMI,
- *Circulaire-DIRMI /DAS/DSS/ n°93-07 du 9 mars 1993* relative à l'aide médicale.

**Ces textes sont regroupés dans le fascicule spécial n°93/8bis de mars 1993 :
réforme de l'aide médicale.**

- Circulaire-DAS n°94-04 du 16 mars 1994, relative à l'admission à l'aide médicale des personnes sans résidence stable titulaires d'un carnet ou livret de circulation.
- *Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995* relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, transmise aux Caisses Primaires par *circulaire DGR n°37-95 du 2 mai 1995*.
- *Circulaire DAS n°95-16 du 8 mai 1995* relative aux droits à l'aide sociale des étrangers résidant en France.

Sont également concernées, les circulaires suivantes :

- *Circulaire DH/AF 1/DAS/RV3 n°33-93 du 17 septembre 1993* relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- *Circulaire DGS/SP2 n°74 bis du 2 décembre 1993* relative au plan santé ville - réseaux de santé de proximité - accueil des populations démunies à l'hôpital.

3. CIRCULAIRES DE LA CNAMTS :

- *DGR n°2-93 du 6 janvier 1993 relative à la *loi n°92-722 du 29 juillet 1992*.
- *DGR n°53-93 du 24 mai 1993 relative au *décret n°93-648 du 26 mars 1993*.
- *DGR n°63-93-AC n°24-93 du 28 juillet 1993* relative à la convention type d'AMD.
- Lettre-circulaire n°4308-93 du 18 novembre 1993 qui transmettait aux Caisses Primaires la lettre ministérielle du 22 septembre 1993 adressée aux DRASS et au DRISS.
- *DGR n°4-94 du 20 janvier 1994* relative à l'enquête sur les conventions d'AMD.
- *DGR n°20-94 du 13 juillet 1994* qui transmettait aux Caisses Primaires la *circulaire DIRMI/DAS/DSS n°94-01 du 10 janvier 1994* relative aux formulaires de demande de RMI et d'AM.
- Document de transmission n°5-95 du 7 février 1995 diffusant un questionnaire visant à établir le bilan, au 1er janvier 1995, des conventions d'AM.
- *DGR n°37-95 du 2 mai 1995* relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies et transmettant la *circulaire ministérielle DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995*.
- *DGR n°69-95 du 7 juillet 1995* faisant un point général sur l'AM, présentant le bilan conventionnel au 1er janvier 1995 (questionnaire du 7 juillet 1995), et transmettant la convention nationale d'AME signée le 9 mai 1995, ainsi qu'un dossier sur les travaux du groupe national AM (compte rendu de réunion et projet d'imprimé unique).
- Document de transmission n°21-95 du 11 septembre 1995 diffusant la *circulaire ministérielle DAS/DSS/DIRMI n°95-53 du 19 juillet 1995* relative à la convention de gestion de l'AME par les organismes d'assurance maladie.
- Télécopie du 12 octobre 1995 aux Caisses Primaires et Caisses Générales de Sécurité Sociale sur la mise en oeuvre de l'AME.

- *DGR n°117-95-AC n°50-95 du 27 décembre 1995* relative à la mise en oeuvre de l'AME.

QUESTIONS RELATIVES A LA REGLEMENTATION

1. RAPPEL DES REGLES DE BASE :

1.1. Définition des champs d'application respectifs de l'AMD et de l'AME

L'AMD et l'AME se distinguent par deux critères :

- le champ du public concerné,
- le financeur.

L'AMD s'adresse aux personnes qui ont une résidence stable dans le département concerné :

☞ Un changement d'adresse (si, par exemple, l'intéressé vit à l'hôtel, ou est hébergé par des amis ou de la famille) à l'intérieur du même département, ne supprime pas la stabilité de la résidence dans ce département.

☞ Un étranger en situation irrégulière relève de l'AMD s'il a sa résidence dans le département.

Les dépenses d'aide médicale sont à la charge du Conseil Général.

L'AME s'adresse aux personnes sans résidence stable. Plus précisément, il s'agit de toute personne qui se déplace d'un département à l'autre sur le territoire national, sans se fixer durablement dans aucun des départements où elle séjourne successivement (cf. question n°2.1)

☞ La reconnaissance officielle de cette absence de résidence stable s'opère par la déclaration d'élection de domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé à cet effet (CHRS, association, établissement de santé ayant passé convention en application de l'article 44-6 du décret du 2 septembre 1954 modifié en mars 1993).

☞ La déclaration d'élection de domicile est exigée par l'article 190-2 (2°) du Code de la famille et de l'aide sociale, pour engager la responsabilité financière de l'Etat.

Les dépenses d'aide médicale sont à la charge de l'Etat.

N.B. La délégation mise en oeuvre à compter du 1er janvier 1996 par la convention nationale signée le 9 mai 1995 concerne l'AME.

1.2. Définition des champs d'application respectifs de l'aide médicale de plein droit et de l'aide médicale de droit commun.

Dans les conditions générales, l'AM couvre l'assuré et ses ayants droit (Art.187-1 du CFAS) et est accordée pour 1 an (Art. 189-6 du CFAS).

Cependant, qu'elle soit Départementale ou d'Etat, l'Aide Médicale se distingue également par sa portée au regard du mode d'admission :

l'AM de plein droit :

☞ elle concerne les titulaires du RMI ou de l'allocation veuvage, les jeunes de 17 à 25 ans qui remplissent les conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI, les personnes dont les ressources sont inférieures à un barème type (barème départemental d'aide sociale pour l'AMD, barème RMI pour l'AME).

Le champ des bénéficiaires est défini :

- soit par la loi : dans ce cas, l'admission est immédiate pour les catégories de personnes désignées (article L 187-2 du CFAS),
- soit par référence à un barème :
 - pour l'AMD, il s'agit du barème fixé par le règlement départemental d'aide sociale (article 187-1 du CFAS) ;
 - pour l'AME, il s'agit du barème retenu pour l'attribution du RMI (article 41-2 du décret du 2 septembre 1954 modifié par l'article 1er du décret n°93-648 du 26 mars 1993) ;

☞ elle porte sur le TM des prestations en nature visées aux 1°, 2°,4° et 6° de l'article L 321-1 du Code de la sécurité sociale, le forfait journalier, les cotisations d'assurance personnelle lorsque l'intéressé n'a pas de protection sociale à un autre titre,(le 3° de l'art. L 321-1 concernant l'éducation spécialisée - et non surveillée comme indiqué par erreur dans la Convention - n'est pas visée par l'AM) ;

☞ elle est accordée pour 1 an à l'assuré et à ses ayants droit.

I'AM de droit commun :

☞ elle concerne les personnes non visées par l'AM de plein droit ;

☞ elle peut porter sur tout ou partie des prestations définies pour l'AM de plein droit (tout ou partie des prestations en nature ou du forfait journalier, tout ou partie du ticket modérateur, tout ou partie des cotisations d'assurance personnelle). Dans certains cas particuliers, elle peut être accordée pour une durée inférieure à un an ;

☞ le champ et les conditions d'application sont définis :

. pour l'AMD, par le règlement départemental d'aide sociale ;

. pour l'AME, par les dispositions du décret n°93.648 du 26 mars 1993 et de la circulaire n°93.07 du 9 mars 1993. Ces dispositions peuvent être précisées par protocole entre le représentant de l'Etat et l'organisme d'assurance maladie gestionnaire.

L'instruction des dossiers d'AME doit donc se faire selon le schéma suivant :

INSTRUCTION DES DOSSIERS	COMPETENCE CPAM	COMPETENCE DDASS
a) PLEIN DROIT	Contrôle des ressources (barème RMI) au vu de : - décision d'attribution du RMI ou de l'allocation de veuvage (cf. art. 45-2 du décret du 2.9.54 modifié par le decret n° 93-648 du 26 mars 1993) ou - sur simple constatation de la demande de RMI, sur laquelle l'organisme a reporté le n°CAF ou MSA et la date d'ouverture de droit au RMI (cf. circulaire DIRMI/DAS/DSS du 9.3.93 § 321.2)	

INSTRUCTION DES DOSSIERS	COMPETENCE CPAM	COMPETENCE DDASS
a) PLEIN DROIT (suite)	ou - documents justificatifs de ressources inférieures au RMI (avis de non imposition derniers bulletins de pension etc...) cf Circ. du 9.3.93 § 333.131 ou - si la personne est dépourvue de justificatif de ressources, déclaration sur l'honneur ou indication au dossier du montant, de la nature et de la date des derniers revenus perçus (cf. circ du 9.3.93 - § 333.131).	
	Décision d'admission de plein droit (art. 41.2 du décret du 2.09.54 modifié) Attention aux délais Les bénéficiaires du RMI et de l'alloc. de veuvage ont droit à l'admission immédiate. La décision doit intervenir dans un délai qui ne peut excéder 8 jours à compter du dépôt de la demande. Pour le RMiste, la date d'effet est celle de l'ouverture du droit au RMI (cf.art. 45.2 du décret du 2.9.54 modifié) Notification de la décision d'admission de plein droit (art. 45.6 du décret du 2.09.54 modifié) Délivrance de la carte d'assuré social portant mention AME (art. 45.7 du décret du 2.09.54 modifié)	
b) DROIT COMMUN	Gestion dans le cadre d'un accord collaboration CPAM/DDASS	Fixation des procédures d'admission de droit commun, en considération des ressources, du nombre de personnes à charge et des charges (cf. art. 41.4 du décret du 2.9.54 modifié) : - niveau de ressources - personnes à charge - niveau de charge

INSTRUCTION DES DOSSIERS	COMPETENCE CPAM	COMPETENCE DDASS
b) DROIT COMMUN (suite)	Contrôle du niveau de ressources, du nombre de personnes à charge et du niveau des charges en fonction des normes d'admission définies par le Préfet Notification de la décision d'admission de droit commun, hors barème RMI (art. 45-6 du décret du 2.9.54 modifié) Délivrance de la carte d'assuré social portant mention AME (art. 45.7 du Décret. du 2.9.54 modifié)	Contrôle du niveau de ressources, du nombre de personnes à charge et du niveau des charges en fonction des normes d'admission définies par le Préfet. Décision d'admission de droit commun, hors barème RMI, en considération des charges.

1.3. Champ d'application de la délégation visée à l'article L 182-4.

Le texte vise expressément *"les prestations prises en charge de plein droit par l'aide médicale, par application :*

☞ *du barème fixé par voie réglementaire, prévu par l'article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale (c'est-à-dire le barème fixé pour l'attribution du RMI par l'article 41- 2 du décret du 2 septembre 1954 modifié en mars 1993),*

☞ *ou des dispositions de l'article 187-2 dudit code, "c'est-à-dire l'admission de plein droit concernant les bénéficiaires du RMI et de l'allocation de veuvage, ainsi que les jeunes de 17/25 ans qui remplissent les conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI (pour la prise en charge des cotisations à l'assurance personnelle seulement pour ces derniers)".*

Toutefois, au-delà de cette limite, il importe que la dynamique créée dans le département, dans un domaine qui relève de la politique de lutte contre l'exclusion, ne soit pas modifiée par l'application de la Convention d'AME.

C'est pourquoi, chaque fois que les CPAM en auront la possibilité, il est souhaitable qu'elles se voient également déléguer le traitement des dossiers relevant de l'AM de droit commun.

Pour ce faire, il importe alors que les services de la DDASS apportent l'aide indispensable aux CPAM et précisent de façon détaillée les modalités de cette prise en charge (cf. question 1.5 ci-dessous).

Toutes les demandes doivent être adressées à l'organisme d'assurance maladie pour un examen par celui-ci dans le champ de sa compétence ainsi défini :

☞ Les dossiers auxquels l'organisme d'assurance maladie ne peut pas donner une suite favorable ne donnent jamais lieu à une décision de rejet puisqu'ils doivent être, immédiatement après, examinés selon le droit commun (cf. art.41-4 du décret du 2 septembre 1954 modifié en mars 1993).

☞ La DDASS peut demander à l'organisme d'assurance maladie, dans le cadre du protocole local d'organisation, d'assurer cette instruction selon le droit commun en fonction d'un cadre d'admission défini sous l'autorité du préfet *"en tenant compte des ressources, du nombre de personnes à charge et des charges"* invoqués par le demandeur.

Les compétences respectives des CPAM et des DDASS se schématisent comme suit :

COMPETENCES	CPAM	DDASS
VERIFICATION DE LA COMPETENCE DE L'ETAT	Contrôle de la présence au dossier - d'une déclaration d'élection de domicile (art.189.3 du CFAS) ou - de la copie d'un livret ou d'un d'un carnet de circulation (pour les gens du voyage dispensés de l'obligation d'élire domicile (art. 44.2 décret 2.9.1954 modifié)	Aide à la CPAM pour tous les cas litigieux
TRAITEMENT DES DOSSIERS DEPOURVUS DE DECLARATION D'ELECTION DE DOMICILE	Demande d'éléments d'appréciation à : - l'établissement de santé qui envoie la demande - aux associations caritatives ou d'entraide susceptibles d'identifier l'intéressé et de confirmer son mode de vie instable - aux CHRS, CADA etc... susceptibles d'avoir été fréquentés par le malade dans la région Recherche d'une éventuelle affiliation et de droits sociaux	D'une façon générale, sensibilisation des responsables des établissements de santé sur le caractère indispensable de la déclaration d'élection de domicile pour ouvrir droit à prise en charge par l'Etat. Collaboration à la recherche des éléments d'appréciation par la CPAM

(tableau suite)

COMPETENCES	CPAM	DDASS
DECISION A PRENDRE SUR LES DOSSIERS DEPOURVUS DE DECLARATION D'ELECTION DE DOMICILE	Si le Directeur de l'Etablissement de santé, d'une association, ou d'un CHRS, etc... se porte garant de certaines précisions faisant présumer que le malade est sans résidence stable, la CPAM peut, en accord avec la DDASS, le considérer comme relevant de la compétence de l'Etat Si aucun renseignement supplémentaire n'est obtenu, la demande est rejetée par décision de la CPAM après accord de la DDASS	Aide à la décision de la CPAM au vu des éléments complémentaires recueillis

☞ La décision d'admission selon le droit commun relève exclusivement de la compétence de la DDASS puisqu'elle n'entre pas dans le champ de la délégation prévue par l'article L 182-4 du CSS.

1.4. Portée de la convention nationale, utilité et portée des protocoles locaux.

Juridiquement, la convention nationale s'applique directement dès le 1er janvier 1996.

Sa signature formalise la délégation donnée aux organismes d'assurance maladie et l'obligation pour eux d'exercer les prérogatives de l'Etat en matière d'aide médicale.

La conclusion d'un protocole local n'est pas obligatoire mais paraît utile pour disposer d'un document commun de référence, formalisant les modalités pratiques de la mise en oeuvre au plan local.

Sans reprendre les obligations légales prévues par les dispositions de l'article L 182-4 du CSS ou celles de la Convention Nationale, ce protocole permet de définir les procédures concrètes définies par les partenaires :

- origine des dossiers de demandes d'AM, modalités de réception,
- contrôle des pièces,
- délais de décision,
- formalisation des décisions : délivrance de notification et titre d'admission,
- traitement des dossiers rejetés,
- modalités d'informations réciproques entre l'organisme d'assurance maladie et la DDASS,
- modalités de suivi de la situation des bénéficiaires (accompagnement social et administratif),
- suivi des dépenses,
- fonctionnement et rôle du Comité de suivi (dossiers litigieux - difficultés techniques - instruction des dossiers d'AM de droit commun et décision correspondante).

1.5. Aide médicale en faveur des étrangers en situation irrégulière (ESI) résidant depuis plus ou moins de 3 ans en France.

(cf. art.186 du CFAS ; circulaire ministérielle DAS n°95-16 du 8 mai 1995 : § 22 ; 31 et annexe I).

☞ S'ils justifient d'une résidence en France (condition première posée par l'article 124 du code de la famille et de l'aide sociale), ils ont droit à :

- *"l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe"* (article 186, 3° du C.F.A.S.).

☞ S'ils ne résident pas en France, ils ne peuvent pas prétendre à l'aide médicale.

☞ S'ils peuvent justifier qu'ils résident depuis plus de trois ans en France, ils ont droit à l'intégralité de l'aide médicale (outre les soins et prescriptions en établissement, consultations, visites, examens, etc...).

En général donc, l'étranger résidant en France en situation irrégulière relève de la compétence du département où il réside, conformément à la règle générale définie à l'article 190-1 (1°) du code de la famille et de l'aide sociale.

L'Etat n'est compétent qu'à l'égard :

- des étrangers sans résidence stable ayant, conformément au droit commun, fait élection de domicile,
- des étrangers ayant fait l'objet d'un accueil en CADA (Centre d'Accueil et de Demande d'Asile) ou CPH (Centre Provisoire d'Hébergement),
- ou à titre exceptionnel, sur décision particulière du ministre, lorsque celui-ci fait application du dernier alinéa de l'article 186 précité pour lever la condition de régularité de séjour exigée au 4°, pour l'accès à l'aide médicale hors établissement de santé.

2. NOTION DE DOMICILIATION :

2.1. Rappel de différentes notions :

- **domicile de secours ;**
- **commune de rattachement ;**
- **domiciliation ;**
- **"sans résidence stable "(SRS) ou "sans domicile fixe"(SDF).**

Ces critères sont utilisés par le CCAS lorsqu'il reçoit une demande d'AM, pour déterminer si le dossier relève de l'AMD ou de l'AME.

☞ *Le domicile de secours* est une notion d'aide sociale (cf. ci-dessus § 1.3). Il n'existe pas en aide médicale. Le domicile de secours est reconnu aux personnes qui ont résidé plus de trois mois dans le département. En aide médicale, aucune durée de résidence n'est exigée. La simple résidence dans un département, indépendamment de l'existence d'un domicile de résidence, met l'intéressé à la charge de ce département (cf. décision de la Commission Centrale d'Aide Sociale du 29 septembre citée ci-dessous).

☞ *La commune de rattachement* est la commune que choisit la personne qui sollicite la délivrance d'un titre de circulation en application de la loi n°69-3 du 3 janvier 1969 relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe.

En matière d'aide médicale, l'article 44-2 du décret du 2 septembre 1954 modifié en mars 1993, dispense les personnes qui disposent d'une commune de rattachement de l'obligation d'élire domicile, si elles vivent sans résidence stable et si elles relèvent de ce fait de la compétence de l'Etat.

Pour l'organisation de l'aide médicale Etat précédemment gérée par les DDASS, ce texte prévoyait que les intéressés, sauf élection de domicile dans un autre département de leur choix, étaient réputés relever de la DDASS du département où se trouvent leur commune de rattachement.

Aujourd'hui, dans la nouvelle organisation de l'aide médicale prévue par la convention nationale du 9 mai 1995, il est recommandé de tempérer ce systématisme afin de toujours privilégier une règle de cohérence géographique des organismes sociaux qui gèrent les droits (cf. question n°2-4 ci-dessous).

NB. les personnes titulaires d'un livret de circulation ne doivent pas être considérées comme relevant systématiquement du régime des non-salariés.

☞ *La domiciliation* : l'élection de domicile a pour but de donner une adresse administrative à l'intéressé, et, par voie de conséquence, de rendre accessible l'aide médicale aux personnes dépourvues de résidence stable en tout lieu du territoire national, et qui ne sont pas de ce fait rattachable à une collectivité locale.

Cette procédure vise à éviter les conflits négatifs de compétence entre organismes sociaux et collectivités à l'occasion du dépôt de la demande d'aide médicale.

L'élection de domicile pour l'attribution du RMI est *a priori* valable pour l'aide médicale, conformément à l'article 189-3 du code de la famille et de l'aide sociale. Elle demande cependant à être vérifiée systématiquement pour toute nouvelle prise en charge, les conditions fixées en ce domaine par la législation du RMI étant moins rigoureuses, en prévoyant notamment que "*la demande d'allocation est réputée valoir élection de domicile auprès de l'organisme l'ayant reçue*", ce qui ne peut être accepté en aide médicale, compte tenu de l'incidence qu'elle comporte sur les compétences financières respectives des départements et de l'Etat.

☞ SRS-SDF (Cf. 423-2 et 424 de la circulaire ministérielle du 9 mars 1993 et question 1-1 ci-dessus)

Les critères d'absence de résidence stable (notion d'aide médicale) et d'absence de domicile fixe (notion d'aide sociale), bien que très proches, ne se recoupent pas complètement, la première étant plus restrictive. En effet, la Commission Centrale d'Aide Sociale (décision n°902609 du 29.09.92) a notamment décidé que "...la condition de résidence ...doit être regardée comme remplie, dès lors que les personnes ont une présence physique habituelle ou notoire dans un département, indépendamment de l'existence pour ces personnes d'un domicile de résidence et de leurs conditions d'habitation...".

Dans de telles situations, les intéressés, qui sont sans domicile fixe, mais ont une présence physique habituelle dans un département, ne sont pas considérés comme SRS et ne relèvent donc pas de l'AME mais de l'AMD.

En d'autres termes, la notion de S.D.F. n'entraîne pas systématiquement compétence de l'Etat en matière d'AM.

C'est seulement en l'absence de critère de résidence tel que défini par la Commission citée que l'intéressé relève de l'AME.

2.2. Les Caisses Primaires peuvent-elles être agréées pour recevoir élection de domicile ?

Etant eux-mêmes gestionnaires de l'aide médicale Etat, les organismes d'assurance maladie n'ont pas à être agréés par le préfet pour recevoir les élections de domicile. Ils contrôlent la présence au dossier, d'une déclaration d'élection de domicile.

Si cette déclaration n'y figure pas et que l'organisme ou l'établissement, qui a reçu et transmis à la CPAM le dossier de demande incomplet, est dans l'impossibilité de retrouver le malade pour lui faire compléter son dossier, l'organisme d'assurance maladie dispose, *en liaison avec la DDASS*, d'un pouvoir d'appréciation sur les éléments du dossier, attestés par l'organisme ou l'établissement qui a reçu la demande, en vue de reconnaître éventuellement la compétence de l'Etat pour certaines personnes, *en l'absence de déclaration de domicile figurant au dossier*.

2.3. Domiciliation pour les titulaires d'un livret de circulation.

Les personnes qui possèdent un titre de circulation ne sont pas tenues d'élire domicile si elles sont sans résidence stable (cf. ci-dessus § 2.1. *commune de rattachement* et article 44-2 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

La possession d'un titre de circulation ne signifiant pas nécessairement que l'intéressé est sans résidence stable, une élection de domicile permet de lever toute hésitation sur ce point.

2.4. Caisse d'affiliation compétente pour le versement des prestations d'assurance maladie et d'aide médicale (cf. également Fiche n°5 question n°2). Règle éventuelle de priorité au regard de la multiplicité de communes concernées (domiciliation - commune de rattachement - CAF servant le RMI....).

Dans le cas de l'AME la caisse d'affiliation compétente pour le service des prestations d'assurance maladie et donc pour la gestion de l'AM, est celle qui comprend dans sa circonscription la commune de l'élection domicile.

L'élection de domicile à laquelle il a été procédé pour l'attribution du RMI vaut également pour l'AM, sous les réserves indiquées ci-dessus (2.1).

Dans le cas où l'intéressé n'est pas titulaire du RMI, il importe d'obtenir de sa part que, le cas échéant, il élise domicile dans une seule et même commune pour le versement des prestations familiales et des prestations d'assurance maladie, en raison des échanges nécessaires entre les deux organismes pour une gestion rationnelle des droits des assurés.

Dans l'hypothèse où l'intéressé refuserait de procéder à l'élection du domicile en tant que titulaire d'un carnet de circulation, l'affiliation devrait être prononcée auprès de la Caisse dont relève la commune de rattachement.

3. ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE (ESI)

3.1. Quelle prise en charge doit-être reconnue pour les personnes qui se sont vu opposer un refus à leur demande d'asile et sont en attente de reconduite à la frontière ?

Ces personnes sont retenues dans des centres de reconduite à la frontière.

La prise en charge par l'aide médicale de l'Etat des consultations médicales et des dépenses pharmaceutiques doit être décidée ponctuellement par la DDASS selon les directives du Préfet. Le caractère exceptionnel et humanitaire de ces prises en charge les exclut du champ de la délégation aux CPAM.

3.2. Portée de l'AME à un ESI en France depuis moins de trois ans et domicilié dans une commune rurale sans établissement de santé.

Cette situation ne doit pas faire obstacle à l'application des dispositions légales d'AM. Les intéressés doivent pouvoir par ailleurs obtenir que leur soient dispensés les soins nécessités par leur état de santé.

4. PERSONNES EN HEBERGEMENT PROVISOIRE (CHRS - CADA - CPH de Centres de transit...)

Le cas des personnes en CHRS est à distinguer de celui des demandeurs d'asile en CADA ou CPH.

En CADA, ainsi que dans tous les centres de transit accueillant des étrangers arrivant en France, ces personnes ne peuvent pas être considérées comme résidant dans le département où se trouve le centre, au sens du critère de résidence dans un département défini à l'article 190-1 (1°) du code de la famille et de l'aide sociale. Elles relèvent donc systématiquement de l'AME.

En revanche, les personnes accueillies dans les autres **CHRS**, qui accueillent des personnes résidant en France, doivent se voir appliquer la règle définie au dernier alinéa de l'article 190-1 précité, qui prévoit que "*en cas d'admission (dans un tel établissement) les dépenses sont prises en charge par le département où l'intéressé résidait antérieurement à cette admission ou, s'il était dépourvu de résidence stable lors de cette admission, par l'Etat*".

En conséquence, toutes les personnes qui avant d'entrer en CHRS ont une résidence dans le département et sont prises en charge par l'AMD, continuent d'être prises en charge par le département pendant le temps de leur hébergement.

5 IVG

Les frais correspondants doivent-ils continuer d'être pris en charge selon les dispositions spécifiques ou peuvent-ils être traités dans le cadre de l'AME ?

Les prises en charge d'IVG continuent d'être traitées directement par les DDASS en 1996.

6. CAISSE PIVOT

- ***Fonctions dévolues à une caisse pivot.***

Les fonctions dévolues à une caisse pivot sont d'instruire les demandes d'aide médicale pour le compte des autres régimes qui le souhaitent. La convention nationale du 9 mai 1995 précise que la caisse gestionnaire de l'aide médicale assure également la gestion des paiements, c'est-à-dire qu'elle règle les honoraires des professionnels de santé et les établissements de soins. La liquidation des prestations reste de la compétence des Directeurs et Agents Comptables des organismes auxquels sont assujettis les intéressés.

Toutefois, cette règle ne doit pas faire obstacle à la recherche de dispositifs qui, au plan pratique, permettent une simplification des démarches, pour les assurés, comme pour les professionnels de santé (guichet unique - adresse commune...).

- ***Une CPAM peut-elle être désignée gestionnaire pour les seuls organismes qui le souhaitent ?***

Une Caisse Primaire peut être désignée gestionnaire dès lors qu'un seul des partenaires le souhaite.

L'absence d'accord de l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie du département sur la désignation d'une caisse pivot, ne fait pas obstacle à ce qu'elle soit gestionnaire des ressortissants du (ou des) organisme (s) qui le souhaitent).

En ce qui concerne le régime général, je rappelle que lorsqu'un département comprend plusieurs Caisses Primaires, l'une d'entre elle doit être désignée comme Caisse Pivot.

QUESTIONS RELATIVES AUX MODALITES DE GESTION

1. Rôle des CCAS.

Les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale restent les pivots des différents dispositifs d'AM.

En ce sens, ils assument essentiellement trois rôles :

- réception des demandes (art. 189.1 du Code Fam. aide Soc.) ;
- réception des élections de domicile (§ 424.31 de la circulaire DIRMI/DAS/DSS n°93.07 du 9 mars 1993) ;
- partenariat avec les établissements de santé, la DDAS, la CPAM et le département, dans les conventions instituant, au sein des établissements de santé, des plates-formes d'accueil "*en vue de permettre aux personnes hospitalisées de faire valoir leurs droits à l'aide médicale*" (art. 44.6 du décret du 2 septembre 1954 modifié en mars 1993).

2. Qui décide de la détermination du critère de résidence entraînant qualification d'AMD ou d'AME ? Litiges et modalités de traitement.

2.1. Critère de résidence

La détermination de ce critère n'est pas du ressort des CPAM.

En effet, les demandes d'AM continuent d'être reçues en règle générale dans les lieux habituels dans le département (Art.189.1 du CFAS), c'est-à-dire, essentiellement les CCAS.

Au moment du dépôt de la demande, la personne doit indiquer son adresse : la résidence ainsi indiquée désigne le département responsable de la prise en charge en application de l'article 190.1 (1°) du Code de la famille et de l'aide sociale.

Si l'intéressé se déclare sans résidence stable, l'organisme recevant sa demande lui fait élire domicile.

Les dossiers sans déclaration d'élection de domicile sont adressés aux services du Conseil général, les autres à la CPAM.

2.2. Litiges

L'article 189.8 du CFAS prévoit qu'une décision de prise en charge d'AM peut, dans un délai de trois mois à compter de la demande, et lorsqu'il apparaît que l'intéressé relève d'une autre collectivité publique, être notifiée à celle-ci (Cf. question 9 ci-dessous).

3. Constitution et contenu des dossiers de demande d'AME de plein droit. (Cf. fiche n°1 - 1.2 et 1.4)

Les Caisses Primaires qui se voient transmettre une demande d'AME devront obtenir de l'intéressé les pièces suivantes :

- l'élection de domicile, ou éventuellement, si l'élection de domicile est impossible compte tenu de l'urgence médicale, une attestation sur l'honneur établissant l'absence de résidence stable par l'indication des dernières communes d'étape ou de séjour ;
- une pièce justifiant l'identité du malade, au besoin remplacée par une attestation sur l'honneur ;
- une pièce justificative des revenus ou une attestation sur l'honneur de l'absence de revenus (nature, date et montant des derniers revenus perçus).

4. Réalisation d'imprimé unique pour les demandes d'AME.

Ce point est toujours à l'étude, et il est lié aux évolutions législatives en cours.

5. Notification : modèle-type, contenu.

De même que la réalisation de l'imprimé unique, celle d'un modèle type national de notification est liée à l'évolution des projets de modifications législatives en cours. Dans cette attente le modèle proposé dans la circulaire DGR -n°117/95 du 27 décembre 1995 reste en vigueur.

6. Titre d'admission : généralisation de la mention sur la CAS.

Par mesure de simplification, la mention d'AME sera portée sur la CAS pour éviter l'édition d'un second titre de droit, complémentaire à celui constitué par la CAS.

7. Refus d'AME de plein droit pour dépassement de ressources : qui notifie ? quel contenu ? avec quelles voies de recours ?

L'article 41.4 du décret du 2 septembre 1954 modifié exige que les demandes auxquelles l'application du barème fixé pour l'admission de plein droit à l'AME ne permet pas de donner satisfaction, soient examinées *"en tenant compte des ressources, du nombre de personnes à charge au sens de l'article 40, et des charges de l'intéressé."*

Il n'y a pas lieu, par conséquent, de prévoir de notification de refus de l'admission de plein droit.

La décision finale de rejet du bénéfice de l'aide médicale sera motivée à la fois :

- sur le dépassement du niveau des ressources prévu par le barème (article 41.2) pour l'admission de plein droit ;
- sur l'examen des ressources des charges de famille et des charges (article 41.4) pour l'admission sur appréciation de droit commun.

La signature de ces décisions incombe juridiquement au Préfet. Leur notification peut être demandée à la CPAM dans le cadre des instructions de droit commun (protocole d'application de la convention d'AME : Cf. fiche n°1 -question 1.4).

Les voies de recours contre les décisions refusant le bénéfice de l'aide médicale sont les voies contentieuses ordinaires : Commission Départementale d'Aide Sociale (article 128 du CFAS), Commission Centrale d'Aide Sociale (article 129) en appel et Conseil d'Etat en cassation).

Seuls les conflits de compétence entre départements, et entre départements et Etat pour l'application de l'article 190.1 du Code de la famille et de l'aide sociale sont portés *"en premier et dernier ressort"* devant la commission centrale d'aide sociale (cf. article 195 du CFAS).

8. Suivi des changements de situation AME vers AMD et réciproquement.

La compétence de l'Etat est fondée sur la déclaration d'élection de domicile prévue à l'article 190.1 2° du CFAS.

En application de l'article 6 du décret n°88.1114 du 12 décembre 1988 relatif aux conditions d'élection de domicile des personnes sans résidence stable, applicable au domaine de l'aide médicale, l'élection de domicile *"prend fin lorsque le déclarant (...) dispose d'une résidence stable"*

Lorsque la CPAM reçoit communication de la nouvelle adresse d'une personne prise en charge par l'AME, elle fait constater par l'organisme qui a reçu la déclaration d'élection de domicile, la fin de celle-ci.

Si la notification au département de la décision d'admission à l'AME et de la constatation de la fin de l'élection de domicile peut être réalisée dans le délai de 3 mois à compter de la demande, fixé par l'article 189.8 du CFAS, le département doit prendre en charge l'intéressé pour tous les soins intervenus après l'acquisition d'une résidence stable.

Si la notification ne peut pas être effectuée dans le délai requis, les frais engagés restent à la charge de l'Etat jusqu'à la décision prise par le Président du Conseil Général, en fonction de l'élément nouveau du dossier, et du barème fixé par le règlement départemental d'aide sociale pour l'AMD.

9. Suivi des modifications de situation AM de plein droit vers AM de droit commun (radiation du RMI par exemple).

L'ouverture du droit au RMI est indépendante de l'évolution du montant de l'allocation versée. Au-dessous d'un certain montant, l'allocation n'est pas versée (article 25 de la loi du 1er décembre 1988), pourtant l'intéressé conserve son droit.

Sa sortie du droit au RMI fait l'objet d'une décision expresse de radiation par le préfet (article 26.1. du décret n°88.1111 du 12 décembre 1988).

L'admission de plein droit à l'aide médicale selon l'article 187.2 du CFAS est acquise pendant toute la période où la personne bénéficie du droit au RMI.

Lorsque la décision préfectorale de radiation intervient, la CPAM doit engager la révision du dossier, sur la base du montant des nouvelles ressources de l'intéressé en fonction du cadre d'instruction des dossiers de droit commun défini à son intention par la DDASS, ou à défaut de celui-ci, transmettre le dossier à la DDASS pour décision, *"en tenant compte des ressources, des personnes à charge et des charges"* conformément à l'article 41.4 du décret du 2 septembre 1954 modifié.

10. Prise en charge des dossiers en cours de validité :

- **frais de soins antérieurs au 1er janvier 1996.**
- **attribution de l'AME en cours d'étude au 1er janvier 1996.**

Les DDASS paient les dépenses antérieures à la date de transfert de la gestion des CPAM.

Si certaines demandes parvenues à la DDAS avant le transfert sont traitées par la CPAM et font l'objet d'une décision d'admission par le Directeur de la CPAM, celle-ci se charge du paiement.

11. AM d'urgence : cas d'hospitalisation très courte (nuit ou week-end) sans possibilité d'accueil administratif pour instruire une demande d'AM en faveur de personnes, la plupart du temps sans papier.

Les conventions entre DDASS et établissements de santé prévues par le § 432-3 de la circulaire du 9 mars 1993 permettent la prise en charge ponctuelle de malades sans résidence stable pour les soins qu'ils demandent à l'hôpital (actes médicaux courants, radiologie, pharmacie), à condition que l'établissement tienne un registre mentionnant la nature et la date des soins, l'identité du malade et que celui-ci le signe pour attester sur l'honneur qu'il remplit les conditions d'absence de résidence stable et d'absence de ressources.

La circulaire DAS n°94.04 du 16 mars 1994 a admis par ailleurs la possibilité pour le Préfet de prononcer ces admissions ponctuelles sans constitution de dossier, à titre dérogatoire, quand une telle décision peut faciliter l'accès en urgence d'une personne sans résidence stable aux soins dont elle a besoin.

Elle a étendu le champ des prises en charge dérogatoires à une hospitalisation "de très courte durée" (moins de 3 jours d'hospitalisation) sous la responsabilité du préfet.

Ces décisions restent de la compétence de la DDASS. Les demandes de cette sorte parvenant à la CPAM doivent être transmises directement à la DDASS pour décision.

FICHE RELATIVE AUX QUESTIONS DE TECHNIQUE INFORMATIQUE

1. Quelles dispositions sont prévues pour :

1.1. ● La gestion de l'AMD et l'AME : normes, codes régimes

● Normes utilisées :

⇒ Pour les liaisons avec les Etablissements :

- B2 (informations en entrée), normes d'échanges entre les Professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie,
- NOEMIE (informations en retour), Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.

⇒ Pour les liaisons avec le financeur de l'Aide Médicale :

- NOEMIE

● Codes régimes :

Les codes régimes existants sont utilisés pour les assurés sociaux.

Pour les cas d'AM 100 %, utilisation des codes :

- . 095 pour l'AM totale,
- . 096 pour l'AM hospitalière seulement.

1.2. ● La recherche auprès d'autres Caisses Primaires d'une identification et/ou période de droit en cours de validité ; (interrogation SNGI - CAF...)

L'application IMMATRICULATION de "convergence" prévue pour 1997 permettra de lancer des demandes d'identification vers le SNGI.

Pour le reste, les informations relatives aux droits éventuels ne peuvent être fournies que par la dernière caisse d'affiliation, si elle est connue.

1.3. ● La gestion séparée de familles en rupture de liens : par ex. cas de conjoints séparés, pouvant relever l'un de l'AMD, l'autre de l'AME ou dont un seul relève de l'aide médicale, et qui peuvent résider l'un et l'autre dans des départements différents

Actuellement, une caisse B ne peut pas gérer les ayants droit d'un assuré ouvrier de droit, affilié dans une caisse A.

Seule la caisse A peut traiter les dossiers des ayants droit en rupture de lien avec un assuré affilié à cette Caisse.

Cette gestion peut être spécifique : AM pour les seuls bénéficiaires visés, voire, AMD et AME pour les uns et les autres.

Un document de droit peut être établi en tant que de besoin pour les bénéficiaires de l'AM.

1.4. ● La prise en compte de la liquidation du ticket modérateur relatif aux frais hospitaliers et au forfait journalier

L'action de maintenance a été engagée dans le cadre du GEF (Groupe d'Etudes Fonctionnelles) relatif aux Prestations (laser 77), et intégrée dans le cahier des charges AM (en cours de validation).

1.5. ● La prise en charge de prestations supplémentaires ou dépassements de tarifs de responsabilité

En l'absence de module national de tarification, les modules locaux (Toulouse, Dijon) devront être adaptés pour prendre en compte ce type de prestations.

1.6. ● La gestion de la prise en charge à 100 % par l'aide médicale des étrangers en situation irrégulière selon que la durée de résidence en France est de plus ou moins trois ans, édition de leur titre d'admission

Cf. Fiche n°1 Questions 1.5 et 3

Deux codes régimes sont utilisés :

. **095** : pour les résidents en France depuis plus de 3 ans et bénéficiaires de l'AME de plein droit,

. **096**: pour les résidents en France depuis moins de 3 ans et bénéficiaires de la seule AM hospitalière et prescriptions établies à cette occasion.

Dans les deux cas, l'assurance maladie n'attribue aucune participation, l'intéressé n'est pas assuré social, l'AM prend en charge la totalité des frais.

L'intéressé se voit délivrer un titre d'admission (et non une CAS) et une notification indiquant les informations utiles (mention d'AME et sa durée, sa portée, les bénéficiaires concernés).

1.7. ● Les contrôles à envisager et le traitement de leur résultat

Les contrôles sont ceux inhérents à tout organisme complémentaire et ont été précisés dans le cahier des charges AM.

Par ailleurs, des contrôles sont envisagés concernant notamment :

. la durée de validité de l'AM ;

- . la validité des droits administratifs (pour les seuls bénéficiaires qui sont également assurés sociaux) ;
- . l'existence d'un contrat d'adhésion avec un organisme de protection complémentaire (cf. question 1.10 ci-dessous).

Pour l'édition de la CAS, seule la période commune de droits est mentionnée, mais la période d'AM attribuée (un an en règle générale) est enregistrée dans la rubrique mutualiste du FAC.

1.8. • L'édition des CAS avec mention d'aide médicale et durée du droit

Ainsi qu'il a été déclaré à la CNIL, la carte d'assuré social comporte un message spécifiant la prise en charge du complément pour l'AM et sa durée. Ce message est le suivant :

"complément pris en charge du au par l'organisme
99 69 999 9 (AMD)
ou 75 50 001 7 (AME)
pour chaque bénéficiaire intéressé.

En cas de nouvel ayant droit, un signalement à la Caisse Primaire permettra à celle-ci de vérifier le bien fondé de la création de la rubrique MUB adéquate pour ce nouvel ayant-droit.

1.9. ● La tarification des dépenses à charge de l'Etat ou du département (TM et facturation du service rendu)

Dans l'attente du module national de tarification, les modules locaux doivent prendre en compte la tarification du ticket modérateur et, le cas échéant, du forfait journalier, pris en charge par l'AM.

La facturation du service rendu s'inspirera de celle préconisée (et en cours d'étude) pour les Organismes Complémentaires (cf. cahier des charges, version mise à jour le 17 octobre 1994).

Le service rendu à l'Etat est dû à chaque caisse gestionnaire. Le service des remises de gestion est intégralement assuré au niveau du département, sans intervention de la CNAMTS (cf. fiche n°4 question n°3).

1.10 ● Les modalités de traitement en cas de "conflit de mutuelles" (OC et AM)

En raison du caractère subsidiaire de l'AM (article 188-3 du CFAS), un signalement est prévu, pour étude par les services de la Caisse Primaire, une information est transmise à l'organisme complémentaire concerné.

1.11 ● La constitution d'états de suivi

La CPAM établit mensuellement un état des dépenses (montant et dénombrement) faisant apparaître :

- les honoraires médicaux ;
- les honoraires dentaires ;
- les dépenses de pharmacie ;
- les examens de laboratoire ;
- les actes des auxiliaires médicaux ;
- les autres actes ambulatoires ;

auquel s'ajouteront les nouveaux codes actes relatifs aux TM des prestations hospitalières.

Ces états seront édités chaque mois et donneront lieu à un cumul annuel qui sera présenté par la CPAM au représentant de l'Etat.

En conséquence, l'adresse, devant figurer dans la Base Mutuelles pour l'AME est celle du représentant de l'Etat dans le département.

1.12 • Les échanges avec les fichiers DDASS

Des échanges automatisés entre les organismes d'assurance maladie et les services d'AM dans le département sont prévus par le Cahier des Charges relatif à l'AM et une déclaration à la CNIL est en cours (application de l'article L 182-5 du Code de la sécurité sociale).

2. Par ailleurs, les observations suivantes ont été rapportées :

2.1. • Possibilité de rembourser à l'assuré les frais dont il a pu faire l'avance malgré le bénéfice de l'aide médicale (notamment lorsqu'une domiciliation bancaire SEV est enregistrée)

2.2. • Attribution du NIR définitif : la rubrique mutuelle n'est pas véhiculée automatiquement

2.3. • Qualité d'ayants droit pour les bénéficiaires du régime 095 ; table centrale 534 : assuré seulement ; table laser 154 : A - C- E

Ces points ont été pris en compte par le groupe technique AM chargé du Cahier des Charges, et par le Groupe d'Etudes Fonctionnelles pour aménagement en conséquence des programmes et tables.

2.4. • Difficultés liées à la création du n° de mutuelle national alors que les Caisses avaient constitué des n° spécifiques et diversifiés selon les types d'aide médicale, et qu'elles sont donc obligées de reprendre l'ensemble des prestations

La référence d'un numéro national est indispensable pour les tiers et pour une gestion et une analyse homogènes des dépenses concernées.

La substitution des différents numéros utilisés à ce jour peut se faire progressivement.

2.5. • Modalités de gestion de l'aide médicale de droit commun

Dans l'immédiat, les prises en charge à portée spécifiquement individuelle (une partie des prestations par exemple) ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement automatisé, sauf pour les cas à champ global mais durée limitée, où la gestion peut être réalisée en "mutuelle temporaire".

C'est pourquoi, les modalités de prise en charge de la gestion de l'AM de droit commun par les Caisses doivent faire l'objet d'un protocole très précis quant aux procédures à envisager.

2.6. • Cas des assurés à 100 % : les procédures informatiques imputeraient le TM à l'aide médicale

Une telle situation ne peut être induite que par un dispositif local qui doit être modifié en conséquence.

2.7. • Aide médicale 100 % : le SNIR serait alimenté

S'agissant de la déclaration fiscale relative aux honoraires des professionnels de santé, la délégation faite aux Caisses par les dispositions de l'article L 182-4 du Code de la sécurité sociale, entraîne l'alimentation à bon droit du SNIR ; l'Etat n'aura donc pas à envisager cette procédure au moment du remboursement à la Caisse.

QUESTIONS RELATIVES AUX DISPOSITIONS COMPTABLES**1. Frais antérieurs au 1er janvier 1996 : les impayés antérieurs au 1er janvier 1996 seront-ils réglés aux professionnels de santé par les services de l'Etat ?**

Les dossiers antérieurs au 1er janvier 1996 et non liquidés par les services de l'Etat ont déjà été transmis, dans certains départements, aux CPAM pour liquidation.

Ce problème de liquidation des dossiers en retard doit faire l'objet de négociations et de conventions locales, en fonction des possibilités de chaque CPAM ou CGSS concernée.

2. Remise de gestion : Que recouvre précisément la rémunération du service rendu : notion de "dossier instruit"; mutation de dossier ; renouvellement de période de prise en charge ; modification de situation ; aide médicale de plein droit ou de droit commun ?

La rémunération des services rendus par l'organisme d'assurance maladie est due pour chaque dossier ayant donné lieu à une instruction par la CPAM ou la CGSS.

Dès qu'une admission à l'AME (de plein droit, ou de droit commun de quelque durée que ce soit) est prononcée par un organisme d'assurance maladie, la remise de gestion est due.

Toutefois, cette remise de gestion n'est pas due lors du transfert du dossier entre organismes d'assurance maladie ou lors du changement de situation.

Par ailleurs, lors du renouvellement de la période de prise en charge, une nouvelle remise de gestion de 190 F doit également être versée.

3. Modalités de versement : Selon quel circuit de trésorerie les Caisses perçoivent-elles la remise de gestion (cf. lettre ministérielle du 12 décembre 1995) ?

Les remises de gestion doivent être versées par le représentant de l'Etat à chaque caisse gestionnaire : c'est en effet cet organisme qui a connaissance du nombre de dossiers instruits pour établir la facture correspondante. Cette règle s'applique qu'il y ait ou non désignation d'une caisse pivot.

En présence d'une caisse pivot, cet organisme encaissera les remises de gestion dues à l'ensemble des organismes de la circonscription. En l'absence de caisse pivot, il appartiendra aux services de l'Etat de verser les remises de gestion dues à chaque organisme gestionnaire, au vu de la facturation que l'organisme gestionnaire effectuera.

**REPONSES A L'ENQUETE AME DEMANDEE
PAR CIRCULAIRE DGR N°117/95 DU 27 DECEMBRE 1995**

Les tableaux ci-après reprennent l'indication pour chaque Caisse :

- des personnes chargées du dossier d'AME ;
- des informations relatives aux caractéristiques essentielles de gestion pour les Caisses :
 - existence d'une convention d'AME avant la mise en oeuvre de l'actuel dispositif ;
 - existence d'un protocole avec la DDASS ;
 - prise en charge éventuelle d'autres prestations que l'AM de plein droit : AM de Droit Commun (DC), Prestation Supplémentaire (PS) ;
 - désignation d'une caisse pivot.

	PERSONNES CHARGEES DU DOSSIER			Existence d'une convention AME	Existence d'un protocole	Suppléments aux prest AM dans le protocole	Organisme pivot
CPAM	NOM	TEL	FAX	avant 1.1.96			
AGEN	Mlle GEREXIA	53.69.11.42	53.47.29.49	OUI 8.11.90	projet	NON	CP
AJACCIO	Mme SANSONNETTI	95.23.52.49	95.20.64.74	NON	projet	?	pas dans l'immédiate
ALBI	Mr LAGREVE	63.48.71.40	63.48.70.06	OUI 17.1.94	NON	NON	CP
ALENCON	Mr RABEAU	33.32.35.17	33.32.35.40	NON	Projet	OUI PS	CP pour CMR
AMIENS	Mr VIVOT	22.97.50.37	22.97.59.51	NON	PROJET	OUI DC ET PS en cours	CP
ANGERS	Mr CHERUBIN	41.81.76.84	41.81.76.00	NON	OUI	NON	NON
ANNECY	Mlle DELACROIX	50.88.60.14	50.88.61.41	OUI 13.12.90, AMD et AME cogérés par CG	OUI	OUI DC PS	CP
ANNONAY	VOIR CP PRIVAS						gestion par CP PRIVAS
ARMENTIERES	Mme ROGER	20.44.39.81	20.44.39.41	NON	OUI	NON	NON
ARRAS	Mr CORMORANT	21.22.95.06	21.22.95.24	NON	NON		NON
AUCH	Mr DARTIGUES	62.61.60.23	62.61.61.78	NON	OUI	NON	NON
AURILLAC	Mr VIERSOU	71.46.57.30	71.48.27.95	NON	Projet	OUI DC	CP
AVIGNON	Mme GUY	90.81.37.42	90.89.15.62	NON	OUI	PS	CP POUR MSA
BAYONNE	Mme JUSSAN	59.72.73.21	59.63.61.15	OUI 1.1.93	Projet	OUI DC	NON
BEAUVAIS	Mr MERLETTE	44.10.11.21	44.05.14.29	NON	Projet	NON	NON
BELFORT	Mr MOINE	84.46.54.29	84.46.54.05	NON	projet	DC et PS	CP
BESANCON	Mr PARIS	81.47.52.51	81.47.53.10	OUI 1.7.94	NON		CP pour délivrance titre d'admission.
BEZIERS	Mr VIGUIER	67.49.65.25	67.49.72.49	NON	NON		NON
BLOIS	Mme LEBAT	54.52.19.28	54.42.07.25	OUI 1.9.94	OUI	DC	CP
BOBIGNY	Mme PARENTI	43.11.43.04	43.11.43.31	NON	OUI	DC	CP
BORDEAUX	Mme LEJEUNE	56.11.54.54 poste 3373	56.11.54.68	OUI 1.1.93	OUI	OUI DC	CP
BOULOGNE	Mr LABARRE	21.87.70.23	21.87.70.46	NON	NON	NON	NON
BOURG EN B	Mr TAPONARD	74.45.84.09	74.45.84.00	NON	projet	DC et PS	NON
BOURGES	Mr DAGUET	48.55.49.76		NON	projet	NON	CP
BREST	Mme KERHAIGNON	98.34.53.27	98.34.53.29	NON	OUI	DC	CP
CAEN	Mr CAUCHOIS	31.45.79.29	31.45.79.80	NON	Projet	NON	CP
CAHORS	Mr MUNCH	65.20.40.93	65.20.40.95	NON	OUI	NON	CP
CAMBRAI	Mr BOURLET	27.73.59.39	27.73.59.93	NON	OUI	NON	NON
CARCASSONNE	Mme MARCAT	68.77.76.17	68.71.65.51	NON	Projet		CP
CGSS GUADELOUPE	Mr SAINT-AURET	90.55.31	91.90.84	NON	Projet	NON	NON
CGSS MARTINIQUE	Mr MAUGEE	59.67.22	51.54.00	NON	Projet		CGSS
CGSS REUNION	Mme CASSIM-CADGEE	40.35.38	40.33.78	NON	Projet		NON
CHAMBERY	Mr BETTIGA	79.96.42.07	79.96.92.22	NON	Projet	NON	CP
CHARLEVILLE MEZIERE	J.KELLER	24.33.75.63	24.33.73.69	NON	Projet	NON	CP
CHARTRES	B.CAUSSIN	37.20.45.07	37.20.46.89	NON	OUI	OUI DC PS	CP
CHATEAUROUX	N.DIZIER	54.29.49.47	54.07.07.19	NON	OUI	DC	CP
CHAUMONT	Mme BREUILLET	25.32.85.65		NON	OUI	NON, PS évent coup par coup	NON, mais CP gère pour CMR
CHOLET	M.BAZIN	41.71.37.41	41.71.37.46	gérée avec AMD depuis 1.3.95	OUI	NON	NON
CREIL	Mme VARIN	44.61.70.85	44.24.34.36	NON	NON		NON
CRETEIL	Mme SOURMAIL	43.99.31.85	43.39.11.07	NON	Projet	NON	NON
DIEPPE	Mme CORRE	35.04.78.57	35.84.71.13	NON	OUI	NON	NON
DIGNE	Mr FAURE	92.30.24.21	92.30.24.03	NON	projet	NON	étude en cours
ELBOEUF	Mr COGNARD	32.96.92.50	35.81.64.06	NON	OUI	NON	NON
EPINAL	Mr BERAUD	29.64.65.00	29.64.65.66	NON	Projet	OUI DC PS	NON

EVREUX	R.MULOT	32.29.21.30	32.29.22.99	OUI 15.1.91	OUI	OUI DC PS	CP
EVRY	Mme CARON	60.79.76.08	60.79.78.91	AME AMD cogérées	NON		NON
FOIX	Mr CLARAC	61.65.74.29	61.02.92.99	NON	Projet	NON	NON
GAP	Mr EMERY	92.53.10.04	92.51.38.70	NON	NON	NON	NON
GRENOBLE et VIENNE	Mr.BLONDEAU	76.68.50.91	76.68.50.48	OUI 26.11.90 AMD AME	projet	en cours de discussion	CP GRENOBLE CP VIENNE
	Mr.REOCREUX	74.31.41.66	74.85.09.93				
GUERET	Mr ALLAIRE	55.41.23.39	55.41.23.13	OUI 1.10.94	Projet	OUI PS	CP
HAGUENAU	Mr CHAUB	88.63.45.97	88.63.45.69	OUI 1.7.94	projet	NON	NON
LA ROCHE S/ YON	J.M CREMOIS	51.44.16.65	51.05.35.34	OUI 22.3.91	NON		NON
LA ROCHELLE	MR BETELLI	46.51.66.44	46.51.66.22	OUI 1.10.94	projet	PS	NON
LAON	Mlle HARANG	23.26.23.21	23.26.23.16	OUI 1.12.94	NON	NON	NON
LAVAL	Mr LETESSIER	43.59.63.13	43.59.64.06	OUI 1.10.94	NON		CP mais refus MSA
LE HAVRE	N.LASSERRE	35.22.23.68	35.22.70.98	NON	OUI	NON	NON
LE MANS	Mme LALANNE	43.40.31.72	43.40.31.45	NON	OUI	NON	NON
LE PUY	Mme BOUCHET	71.07.58.25	71.05.67.10	OUI 1.6.95	projet	NON	en cours
LENS	A.COUSIN	21.74.72.86	21.74.72.28	NON	projet	NON	NON
LILLE	Mr DELAVAL	20.42.34.41	20.54.33.64	NON	projet	NON	NON
LIMOGES	Mme CHAMOULOT	55.45.87.92	55.45.88.29	NON	OUI	DC et PS	CP
LONS LE SAULNIER	Mme RAQUIN	84.87.32.28	84.47.46.33	OUI 15.12.93	Projet	NON	CP
LYON	Mme PAYRASTRE	72.75.81.59	72.75.81.60	OUI 1.1.95	projet	NON	NON
MACON	Mme PRUDENT	85.39.73.40	85.39.74.50	OUI 1.7.93	Projet		
MARSEILLE	Mme REYMOND	91.18.47.27	91.83.70.72	NON	Projet	en cours	en cours
MAUBEUGE	Mme DECROUEZ	27.69.21.60	27.69.21.26	NON	OUI	NON	NON
MELUN	Mr FAYON	64.71.35.30	64.52.61.17	OUI 8.9.94	Projet	NON	NON
MENDE	Mme HUGUES	66.49.56.15	66.49.56.01	NON	projet	PS	CP
METZ	Mr VERDIER	87.39.37.42	87.76.15.71	NON	Projet	OUI DC PS	CP
MONTAUBAN	Mr MARTINEZ	63.21.38.41	63.21.38.96	NON	OUI	NON	Négoc en cours
MONTBELIARD	Mme GREMAUD	81.99.12.31	81.98.14.33	OUI 1.7.94	NON	NON	CP BESANCON CP MONTBELIARD
MONTPELLIER	JP BROUSSAUD	67.22.86.39	65.58.46.12	NON	propositio n CP	NON	NON
MOULINS	Mme CARTOUX	70.48.38.20	70.46.43.16	OUI 1.11.91	projet	OUI DC et PS	CP pour admission
NANCY ET LONGWY	Mme ROYER	83.85.50.43	83.36.40.02	OUI 1.12.94	Projet	id AMD	CP pour RG
NANTERRE	Mr BOUGAIN	41.45.21.71	47.78.70.35	NON, MAIS une convention aboutissait à ce que la CP règle des prestations d'AM	Projet	OUI, DC	CP
NANTES	Mme CARDIET	51.88.88.12	51.88.87.87	NON	PROJET	NON	
NEVERS	E.CHATILLON	86.21.69.44	86.36.31.22	NON	projet.	PS optique et prothèses dentaires	NON
NICE	Mr CAILLOUET	92.09.40.20	93.98.02.42	NON	NON	NON	NON
NIMES	Mr PEYROLLES	66.76.62.04	66.36.23.30	OUI 11.94	Projet	NON	CP
NIORT	Mme TERRASSON	49.77.30.46	49.77.30.01	NON	Projet	NON	NON
ORLEANS	Mme ROBIN	38.79.48.85	38.79.57.83	NON	OUI, en cours de signature	DC	CP totale pour MSA, instr seule pour CMR
PARIS	Mr A.LEGRAND	40.23.71.87	40.23.72.66	NON	projet	OUI DC PS idem AMD	NON
PAU	Mme DEFAUX	59.82.30.45	59.82.31.34	NON	Projet	OUI	NON
PERIGUEUX	Mr PROT	53.02.50.09	53.02.51.49	NON	projet	DC	NON
PERPIGNAN	A.RICARD	68.35.95.19	68.35.96.96	NON	Projet	OUI DC PS	CP
POITIERS	Mr COUVERTIER	49.88.32.10	49.44.73.33	NON	projet	NON	NON
PRIVAS	Mr TRIN	75.66.52.28	75.66.52.09	NON	Projet	NON	CP

QUIMPER	Mme BRIGANT	98.76.41.79	98.76.43.50	NON, mais convention avec DDASS pour traiter les dossiers (1.2.95)	OUI	OUI DC	CP pour RG
REIMS	Mr GOUVERNEUR	26.84.40.62	26.84.41.10	NON	projet.	NON	CP
RENNES	Mr CUTTE	99.29.43.41	99.29.45.74	NON	OUI	PS	CP
ROANNE	Mme CHARRIER	77.44.40.66	77.44.40.40	NON	OUI	NON	NON
RODEZ	Mr GUIRAL	65.77.60.03	65.77.60.59	OUI 1.1.95	NON		Pas pour la première année
ROUBAIX	Mme BOUTTEVILLE	20.11.42.45	20.11.41.01	NON	Projet		NON
ROUEN	Mr ROUYER	35.03.63.69	35.03.63.03	NON	OUI 1.2.96	NON	NON
SELESTAT	Mr JEHL		88.82.97.10	OUI 8.3.95	NON		NON
ST BRIEUC	Mr BLANCAL	96.01.45.63	96.94.52.40	NON	OUI	PS	CP
ST ETIENNE	Mr FRECON	77.42.21.42	77.42.22.42	OUI 1.1.95	OUI	NON	NON
ST LO	Mr TARDIF	33.06.58.27	33.72.21.56	NON	Projet	OUI DC PS	CP pour admission
ST NAZAIRE	Mme ERNAULT	40.90.86.26	40.17.87.97	NON	Projet	NON	NON
ST QUENTIN	Mr OWCZARZAK	23.08.41.37	23.08.42.39	NON	Projet	DC et PS	NON
STRASBOURG	Mr CLADY	88.76.87.00	88.76.87.04	OUI 8.3.95	Projet	NON	NON
TARBES	Mme HOURTANE	62.51.75.44	62.51.76.02	OUI 1..5.95	NON	DE FAIT pour DC	CP pour admission
THIONVILLE	Mr CHEVREUX	82.55.94.16	82.55.94.99	NON	OUI	NON	CP METZ
TOULON	Mr CULMANN	94.36.36.32	94.36.36.11	NON	projet	DC et PS	CP
TOURS	Mme BOIS	47.31.56.04	47.64.00.80	OUI 1992	projet.	DC	CP pour CMR seulement.
TROYES	Mr MEIRHAEGUE	25.71.34.05		NON	OUI	NON	NON
TULLE	Mr MONTAGNAC	55.21.10.32	55.21.10.95	OUI 4.5.94	OUI	DC et PS	NON
VALENCE	Mr COURTIER	75.75.53.55	75.75.53.74	OUI 5.2.90	Projet	NON	NON
VALENCIENNES	Mme PRIN	27.23.95.26	27.23.95.40	NON	NON		NON
VANNES	G.RETHO	97.01.56.63	97.01.54.14	NON	Projet	NON	NON
VERSAILLES	Mr MARENDIER	39.20.34.30	39.20.30.44	OUI 1.11.95	OUI	DC et PS	CP
VESOUL	Mr PIHET	84.78.55.68	84.78.55.78	OUI 1.1.94	NON	DC et PS	CP
VILLEFRANCHE S/SAONE	Mr COLOMB	74.02.26.19	74.02.26.26	OUI 9.12.94	Projet	OUI DC	NON