

L'Assurance Maladie

des salariés – sécurité sociale
caisse nationale

Circulaire CNAMTS

Date :
06/12/2000

MMES et MM les Agents Comptables

Origine :
AC

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale des Départements
d'Outre-Mer

(pour attribution)

Réf. :
AC n° 54/2000
 n° /
 n° /
 n° /

Plan de classement :

259 | | | | | |

Titre :

Aide Médicale de l'Etat - Convention du 17 octobre 2000

Résumé :

Application de la convention du 17 octobre 2000 - Financement des prestations de l'Aide Médicale de l'Etat renouvelée suite à l'instauration de la couverture maladie universelle par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

Pièces jointes : 1

Liens :

Date d'effet :

1^{er} janvier 2000

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Madeleine KRACHT

Téléphone :

01.42.79.35.33

@

**CONVENTION NATIONALE
RELATIVE À L'AIDE MEDICALE DE L'ÉTAT**

(article L. 182-1 du Code de la Sécurité Sociale)

ENTRE

Le Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie,
La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité,

ET

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
66, avenue du Maine Paris XIVème
représentée par M. SPAETH,

Vu l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 33-II de la loi N° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle,

Vu le titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale, modifié par l'article 32 de ladite loi,

Il est convenu que l'exercice, au nom de l'Etat, par les caisses primaires d'assurance maladie des compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations d'aide médicale de l'Etat prévues à l'article 187-1 (1^{er} alinéa) du code de la famille et de l'aide sociale s'effectuera à compter du 1er janvier 2000 dans les conditions suivantes.

Titre 1^{er} **REPARTITION DES COMPETENCES**

Article 1^{er} :

La gestion de l'aide médicale est assurée par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside l'auteur de la demande d'aide médicale ou, si ce dernier se trouve sans domicile fixe au moment de la demande, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle a eu lieu l'élection de domicile prévue par l'article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale.

La caisse primaire d'assurance maladie gestionnaire de l'aide médicale qui a pris la décision d'admission assure également la gestion des paiements. Elle paye aux prestataires de soins ou de services l'intégralité des prestations prises en charge par l'aide médicale ou, le cas échéant, la partie complémentaire pour les personnes en maintien de droits, dans la limite des frais définis par l'article 187-2 du CFAS.

Toutefois, dans les départements où existent plusieurs Caisses Primaires d'Assurance Maladie et par mesure de simplification, les directeurs de ces caisses conviennent avec le représentant de l'Etat que l'une d'entre elles assurera le rôle de caisse pivot pour les dépenses d'aide médicale de l'ensemble des personnes relevant de leurs ressorts respectifs.

Titre II **MODALITES D'ADMISSION**

Article 2 :

Les demandes d'admission à l'aide médicale sont établies sur un formulaire conforme au modèle réglementaire. Les formulaires sont mis à la disposition du public dans l'ensemble des guichets des caisses primaires d'assurance maladie et auprès des organismes mentionnés à l'article 187-3 du code de la famille et de l'aide sociale (CCAS, services sanitaires et sociaux du département, associations agréées par le préfet), ainsi que dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé des hôpitaux. Il appartient aux caisses d'alimenter ces différents services en formulaires.

Article 3 :

Les demandes déposées auprès de l'un des organismes mentionnés à l'article précédent sont transmises à la caisse dans un délai de huit jours à compter de la date de leur dépôt. La caisse délivre sans délai le titre d'admission à l'aide médicale.

Titre III CONDITIONS D'ADMISSION

Article 4 :

a) Condition de résidence en France :

L'aide médicale délivrée au titre du premier alinéa de l'article 187-1 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale concerne les personnes résidant habituellement en métropole ou dans les DOM :

- qui ne remplissent pas les conditions de régularité de résidence en France, fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle,
- ou qui, remplissant la condition de régularité de séjour mais ne justifiant pas qu'elles résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, conformément à l'article R. 380-1 dudit code, n'ont pas encore de droits ouverts à la CMU,
- ou qui ne remplissent plus la condition de régularité de séjour, mais bénéficient du maintien de droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale à un autre titre que la résidence.

b) Condition de durée de résidence en France :

Aucune condition de durée minimale de séjour n'est exigée pour obtenir la prise en charge au titre de l'aide médicale des soins dispensés par un établissement de santé ou des prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe, à condition que l'intéressé justifie qu'il réside effectivement en France et qu'il ne s'y trouve pas de manière occasionnelle ou de passage.

Les étrangers qui sollicitent l'aide médicale pour les soins de ville doivent justifier d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans (art. 186 - 3 du code de la famille et de l'aide sociale modifié par l'article 33 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999).

Pour les personnes en situation de maintien de droits dans un régime de sécurité sociale, la condition de résidence de trois ans est réputée acquise, et leur donne accès aux soins de ville. De même, pour les enfants mineurs de parents bénéficiaires de l'aide médicale, la condition de trois ans de résidence en France n'est pas exigée pour l'accès aux soins de ville.

c) Condition de ressources et définition du foyer :

Pour l'examen des ressources, les services de la caisse se réfèrent au plafond de ressources prévu par les articles L. 861-1 et D. 861-1 du code de la sécurité sociale. Pour la détermination du plafond de ressources, la composition du foyer est établie en tenant compte des personnes à charge de l'auteur de la demande au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code.

Toutefois, la demande d'aide médicale de la personne à qui est refusée la qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, assuré social, en raison de sa situation au regard de la législation sur les conditions de séjour, est examinée de manière autonome, en prenant en compte les seules ressources du demandeur.

Titre IV CONSTITUTION DU DOSSIER

Article 5 :

Le dossier du demandeur de l'aide médicale doit comprendre les pièces justificatives utiles mentionnées par la circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM N°2000/14 du 10 janvier 2000, permettant de justifier :

- de son identité et celle de ses ayants droit résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- de sa résidence stable et permanente en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- de ses ressources et, le cas échéant, celles de ses ayants droit ;
- de son domicile, ou s'il est sans domicile fixe, de lieu de son élection de domicile.

En l'absence des pièces justificatives, celles-ci peuvent être remplacées au dossier par une déclaration sur l'honneur de l'intéressé, accompagnée d'éléments d'information substantiels sur sa situation permettant un contrôle a posteriori. Les dossiers fondés principalement sur des déclarations sur l'honneur, notamment en matière d'identité et de conditions de résidence, feront l'objet d'un suivi particulier. Une concertation avec la DDASS sera entreprise, si le nombre de ces dossiers semble anormalement élevé.

Article 6 :

La caisse assiste l'intéressé dans ses démarches pour obtenir son admission à l'aide médicale. Elle l'informe de l'offre de soins dans le département.

Titre V

ADMISSION ET DUREE DE LA PRISE EN CHARGE

Article 7 :

Le directeur de la caisse prononce, au nom du préfet, l'admission à l'aide médicale des personnes qui satisfont aux conditions de résidence en France et de ressources précitées ainsi que, le cas échéant, de ses ayants droit, au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

L'admission est accordée :

- soit pour la prise en charge totale des frais de soins et d'hospitalisation dispensés par un établissement public de santé ou les prescriptions ordonnées à cette occasion, également en cas de consultation externe et y compris les prescriptions que l'intéressé doit se procurer en ville au vu d'une ordonnance délivrée à l'hôpital ;
- soit pour la prise en charge totale des soins dans les établissements de santé et des soins de ville, si l'auteur de la demande a justifié d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans, s'il se trouve en période de maintien de droits dans un régime de sécurité sociale, ou s'il s'agit d'un enfant mineur dont les parents bénéficient de l'aide médicale.

Article 8 :

La prise en charge au titre de l'aide médicale est accordée pour un an.

Toutefois, lorsqu'une caisse est amenée à constater qu'un bénéficiaire de l'aide médicale remplit la condition de régularité et de stabilité de résidence, elle procède à son affiliation ou à son rattachement comme ayant droit au régime dont il relève ou, à défaut, engage la procédure d'affiliation immédiate au régime général (article L.161-2-1 du code de la sécurité sociale).

Elle invite également l'intéressé à déposer dans les meilleurs délais une demande de protection complémentaire en matière de santé. Afin d'éviter toute interruption de couverture, elle peut prononcer l'attribution à la date du dépôt de la demande, l'intéressé étant susceptible de satisfaire la condition de ressources, puisque celle-ci est identique à celle prévue pour l'aide médicale. La décision d'admission à l'aide médicale est abrogée à la date à laquelle prend effet l'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

Article 9.:

L'admission à l'aide médicale prend effet à la date de la demande. Toutefois elle peut prendre effet rétroactivement au jour d'entrée en établissement ou à la date des premiers soins hospitaliers à condition que cette date ne soit pas antérieure de plus de deux mois à la date du dépôt de la demande.

Article 10 :

Le directeur de la caisse délivre immédiatement au bénéficiaire de l'aide médicale un titre d'admission conforme à un modèle défini par la CNAMTS pour lui permettre de justifier de cette qualité auprès des professionnels de santé et des établissements de santé.

Ce titre d'admission mentionne à l'intention de ces derniers l'adresse des services de la caisse auxquels ils doivent s'adresser pour obtenir le paiement des prestations fournies.

Il précise également l'étendue des soins pris en charge selon qu'elle est ou non limitée aux soins et consultations externes dispensés dans les établissements de santé, y compris les prescriptions que l'intéressé doit se procurer en ville au vu d'une ordonnance du praticien hospitalier, dans les conditions rappelées à l'article 7 ci-dessus.

Article 11 :

En cas de décision de rejet, le directeur de la caisse la notifie à l'auteur de la demande en indiquant les motivations de la décision prise au regard des conditions d'accès à l'aide médicale et en précisant les délais et voies de recours devant la commission départementale d'aide sociale.

Titre VI CONTENTIEUX

Article 12 :

Le directeur de la caisse communique au secrétaire rapporteur de la Commission Départementale d'Aide Sociale ses observations écrites, accompagnées de l'ensemble du dossier de demande. Ces éléments seront communiqués au requérant, qui peut transmettre un mémoire en réplique, lequel est communiqué à la caisse qui peut également à nouveau faire des observations écrites.

Titre VII
PROCEDURE DE REGLEMENT
ENTRE LES CAISSES ET LES PRESTATAIRES DE SOINS

Article 13 :

Les professionnels de santé et les établissements de santé indiquent sur les feuilles de soins ou volets de facturation que la prestation a été effectuée en tiers payant dans le cadre de l'aide médicale.

Article 14 :

La caisse gestionnaire règle aux professionnels de santé et aux établissements de santé la totalité des frais qui incombent à l'Etat au titre de l'aide médicale. Ce règlement doit être effectué au professionnel de santé dans les délais prévus par les textes relatifs aux modalités de tiers payant.

Titre VIII
DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 15 :

Les dépenses d'aide médicale sont payées trimestriellement par le ministère chargé de l'aide médicale à la CNAMTS, qui les répartit entre les CPAM assurant la gestion de l'aide médicale. Ces dépenses sont imputées, dans la limite des crédits votés, sur le chapitre 46-82 article 20 du budget du ministère chargé de l'aide médicale. Le cas échéant, une régularisation au titre de l'année précédente intervient en même temps que le versement relatif au dernier trimestre de cette même année.

Les informations fournies par la CNAMTS au ministère de l'emploi et de la solidarité le sont en même temps que les informations prévues par l'instruction DSS du 17/01/2000 concernant le suivi de la CMU.

L'arrêté trimestriel des dépenses établi et certifié par l'agent comptable est fourni par la CNAMTS un mois après la fin de chaque trimestre civil, sur la base des données qui lui auront été communiquées par les CPAM. Les CPAM communiquent le double de ces informations aux DDASS, qui sont chargées du suivi de la mise en œuvre de l'aide médicale dans les départements. L'arrêté des dépenses indique le montant des prestations versées au titre de l'aide médicale, ventilées par nature de prestations, et le montant des dépenses réelles incombant à l'Etat après déduction des dépenses prises en charge par la sécurité sociale pour les assurés sociaux éventuels.

L'arrêté trimestriel des dépenses est accompagné d'un état récapitulatif, indiquant pour chaque département et pour l'ensemble de la métropole et des DOM :

- Le montant des dépenses d'aide médicale du trimestre (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;
- Le nombre en fin de trimestre des personnes bénéficiant de l'aide médicale, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;
- Le nombre de décisions d'attribution rendues au cours du trimestre, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;

Les documents relatifs au quatrième trimestre sont accompagnés d'un récapitulatif annuel.

L'ordonnateur de la dépense est la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Le comptable assignataire est l'Agent comptable central du Trésor.

Article 16 :

Le service rendu à l'Etat par les CPAM fait l'objet d'une évaluation forfaitaire, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

Article 17 :

Les dépenses relatives à des soins effectués avant le 1^{er} janvier 2000 et qui restent à rembourser par l'Etat seront remboursées aux CPAM par les DDASS si les justificatifs sont présentés à ces dernières le 30 juin 2000 au plus tard

Si les justificatifs sont présentés après le 30 juin 2000, les dépenses seront remboursées dans le cadre de la présente convention, après paiement des échéances courantes définies à l'article 15 et dans la limite des crédits disponibles. Elles feront l'objet d'un décompte séparé.

TITRE IX COMITE NATIONAL DE SUIVI

Article 18 :

Un comité national de suivi composé de représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de caisses primaires d'assurance maladie et de représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité examine les problèmes soulevés par l'application de la convention nationale. Ce comité se réunit au moins une fois par an.

TITRE X
DUREE ET RENOUELEMENT DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 19 :

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter du 1er janvier 2000 et renouvelable par tacite reconduction dans la limite de quatre années.

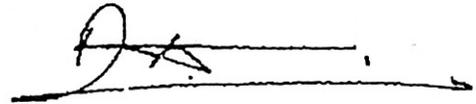
Cette convention peut être résiliée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au plus tard trois mois avant son échéance par décision motivée d'une des parties signataires.

Paris, le : **17 OCT. 2000**

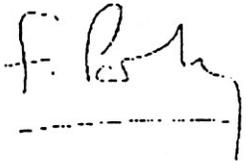
Le Ministre de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie



La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité



La Secrétaire d'Etat au Budget



Florence PARLY

Le Président de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés