

Webinaire CPAM 75 /associations - 15 avril 2021

Compte rendu et ressources

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France et la CPAM de Paris ont organisé ce webinaire à destination des associations et professionnel.le.s sociaux du secteur de la lutte contre les exclusions afin de présenter :

- La réforme de l'Aide Médicale d'Etat ;
- La Mission d'Accompagnement Santé de la CPAM de Paris.

Ce webinaire fut également l'occasion de répondre aux questions des participant.e.s concernant les dispositifs de couverture maladie.

Intervenant.e.s CPAM de Paris:

- Carine Perrin - Responsable du département Accès aux droits
- Jessica Caliste - Responsable de la mission accompagnement santé
- Samuel Laurier - Responsable de la mission partenariats
Contact mail : mission.partenariats.cpam-paris@assurance-maladie.fr

Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France :

- Clotilde Hoppe, Chargée de mission Santé
Contact mail : clotilde.hoppe@federationsolidarite-idf.org
- Gabriel Visier - Chargé de mission « Précarité Paris »
- Hugo Andriantseheno - Chargé de mission « Précarité Paris »

Rappels des acronymes usités :

- AME : Aide Médicale d'État
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSS : Complémentaire Santé Solidaire
- ATDA : Attestation de Demande d'Asile
- DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
- GUDA : Guichet Unique pour Demandeur d'Asile
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PUMa : Protection Universelle Maladie
- TDS : Titre de séjour

Contenu du document

| | |
|--|----|
| I. Rappel sur les droits à une protection maladie et sur les dispositifs de prise en charge des frais de santé | 3 |
| Dispositifs à destination des personnes en situation régulière sur le territoire au regard du droit des étrangers (dont personnes en cours de demande d'asile) | 3 |
| ➤ La Protection Universelle Maladie (PUMa) – régime de base de l'assurance Maladie | 3 |
| ➤ La Complémentaire Santé Solidaire – sous conditions de ressources | 4 |
| Dispositif à destination des personnes en situation irrégulière sur le territoire au regard du droit des étrangers | 5 |
| ➤ L'Aide Médicale d'Etat | 5 |
| Droit à la protection maladie des étrangers européens | 6 |
| Changement de statut au regard du droit des étrangers et droits à une couverture maladie | 7 |
| ➤ Perte du droit au séjour | 7 |
| ➤ Obtention du droit au séjour | 7 |
| Le Dispositif Soins Urgents et Vitaux – DSUV pour la prise en charge sous conditions des frais de santé en hospitalisation des personnes sans droits ouvrables | 8 |
| Les PASS pour les personnes sans droits ouverts ni ouvrables | 9 |
| Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettent aux personnes sans droits ouverts ni ouvrables de bénéficier de soins sans avoir à payer de frais de santé. Dans les PASS et selon ce qui est proposé par la PASS, il est possible de bénéficier d'un rendez-vous avec un médecin généraliste ou des médecins spécialistes (dentiste, ophtalmologue, gynécologue, etc.), de soins par une infirmière et d'obtenir les médicaments qui ont été prescrits. | 9 |
| Annuaire des PASS et outils d'accompagnement par l'ARS | 9 |
| PASS des hôpitaux de l'APHP | 9 |
| La reconnaissance Affection Longue Durée (ALD) | 9 |
| Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet le remboursement des dépenses de soins des personnes en rapport avec une maladie chronique, avec un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. | 9 |
| II. La réforme de l'AME | 10 |
| <i>Présentation</i> | 10 |
| Questions/réponses sur l'AME et les droits à une couverture maladie : | 11 |
| AME : | 11 |
| PUMa/CSS : | 12 |
| III. La Mission d'Accompagnement Santé | 16 |
| IV. La mission partenariat et les relations avec la CPAM | 18 |

I. Rappel sur les droits à une protection maladie et sur les dispositifs de prise en charge des frais de santé

Dispositifs à destination des personnes en situation régulière sur le territoire au regard du droit des étrangers (dont personnes en cours de demande d'asile)

➤ **La Protection Universelle Maladie (PUMa) – régime de base de l'assurance Maladie**

Une réforme de l'Assurance Maladie a modifié en 2016 les règles d'affiliation à l'Assurance Maladie.

La Protection Universelle Maladie correspond à l'affiliation au régime de base de la sécurité sociale française. Elle assure une protection maladie à titre individuel (il n'y a plus d'ayants droit majeurs) sans rupture de droit pour les personnes :

- De 16 ans ou plus ; Autonomisation à compter de 18 ans, possibilité sur demande exclusivement à partir de 16 ans
- En situation stable et régulière sur le territoire français au regard du droit des étrangers

Qui remplissent une des conditions suivantes :

- Exercice d'une activité professionnelle déclarée sur le territoire français ;
Ou
- Résidence régulière sur le territoire français de 3 mois ininterrompus.

Cette condition de résidence ne s'applique pas :

- Aux enfants mineurs qui demandent l'asile en France ou sont accompagnés de leurs parents qui sont en cours de demande d'asile ;
- Aux personnes qui rejoignent en France un membre de leur famille au titre du regroupement ou de la réunification familiale (seule la régularité est exigée) ;
- Aux étudiant.e.s. (seule la régularité est exigée)

Les enfants mineurs accompagnés de leurs parents bénéficient de l'affiliation à la Protection Universelle Maladie en tant qu'ayants-droit. A partir de 16 ans, ils peuvent faire une demande d'affiliation individuelle à la Protection Universelle Maladie. Les personnes mineures non accompagnées de leurs parents sur le territoire français et bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance, peuvent également bénéficier de la protection Universelle Maladie.

Demander son affiliation à la protection Universelle Maladie :

Pour les personnes salariées, l'affiliation à la Protection Universelle Maladie se fait via une demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie (formulaire Cerfa S1106a disponible sur ameli.fr). Si une personne n'a pas de numéro de sécurité social français, un numéro provisoire lui sera attribué par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département où elle travaille. Le numéro provisoire (NNP ou NIA) ne permet pas l'obtention d'une carte Vitale et l'ouverture d'un compte personnel sur ameli.fr.

Pour les étudiant.e.s internationaux, l'affiliation se fait exclusivement en ligne via le téléservice dédié, lors de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur.

Pour les personnes demandant une première affiliation à la Protection Universelle Maladie, qu'elles souhaitent une affiliation individuelle à partir de 16 ans ou une affiliation au titre du critère de résidence, la demande est à déposer auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département de domiciliation. Il existe pour cela [un formulaire dédié](#).

La PUMa permet de bénéficier d'une prise en charge des frais médicaux dans la limite d'un plafond fixé par la sécurité sociale, mais ne prend pas en compte l'intégralité des frais de santé. Sous conditions de ressources, les frais de santé restant à charge – la part « complémentaire » - peuvent être pris en charge par la Complémentaire Santé Solidaire.

➤ **La Complémentaire Santé Solidaire – sous conditions de ressources**

Les personnes qui remplissent les conditions d'affiliation à la PUMa et qui n'ont pas de complémentaire santé personnelle peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C et ACS). **La Complémentaire Santé Solidaire intervient en complément des droits de base, il ne peut exister de droits à la CSS sans droits PUMa.**

La Complémentaire Santé Solidaire permet une prise en charge des frais de santé à 100% (dans la limite des tarifs fixés par l'assurance maladie) et induit l'application du tiers payant par les professionnel.le.s de santé (pas d'avance de frais de la part de la personne) pour les bénéficiaires. Cette application vaut y compris si la personne ne possède pas de carte vitale, mais présente une attestation de droits.

Selon les ressources de la personne, la Complémentaire Santé Solidaire est soit :

- Gratuite ;
- Contributive avec une participation de la personne, allant de 8 à 30€ par mois selon l'âge de la personne qui en bénéficie.

Il existe un [Simulateur de droits de l'Assurance Maladie](#) pour savoir si une personne a le droit à la Complémentaire Santé Solidaire. La demande de Complémentaire Santé Solidaire doit être faite auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département de domiciliation. Il existe pour cela un service en ligne sur ameli.fr ou en l'absence de compte personnel [un formulaire dédié](#).

A savoir : L'Assurance Maladie a un délai de deux mois pour répondre à une demande de Complémentaire Santé Solidaire. Si la demande est acceptée, la Complémentaire Santé Solidaire prend effet au premier jour du mois suivant la décision de l'Assurance maladie (dans le cas où il n'y a pas de participation financière à payer) ou au premier jour du mois suivant la réception par l'Assurance Maladie du moyen de paiement (en cas de CSS avec participation financière).

Il peut être signalé au moment de la demande de Complémentaire Santé Solidaire un besoin de soins urgents, ce qui permet une date d'effet de la Complémentaire Santé Solidaire au 1^{er} jour du mois de la demande.

Le renouvellement de la Complémentaire Santé Solidaire doit être demandé chaque année dans les deux mois précédent l'expiration des droits, exceptés pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA, qui bénéficient d'un renouvellement automatique si leur situation ne change pas.

Dispositif à destination des personnes en situation irrégulière sur le territoire au regard du droit des étrangers

➤ L'Aide Médicale d'Etat

L'Aide Médicale d'Etat est une aide permettant la prise en charge à 100% de certains frais de santé pour **les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une autre couverture maladie**. Les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat bénéficient du tiers payant et n'ont pas à avancer leurs frais de santé.

Attention : l'Aide Médicale d'Etat ne prend pas en charge certaines prestations (indiquées sur la carte AME) ni les dépassements d'honoraires. Il est donc conseillé aux bénéficiaires de l'AME de consulter auprès de professionnel.le.s conventionné.e.s secteur 1.

La demande d'Aide Médicale d'Etat est à effectuer auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département de domiciliation. Pour bénéficier de l'AME, la personne doit pouvoir justifier de :

- son identité et celles des autres personnes (enfants, conjoints) pour lesquelles la demande est formulée ;
- sa **présence stable, ininterrompue et en situation irrégulière** au regard du droit au séjour **sur le territoire français depuis au moins trois mois** ;
- ressources inférieures [au plafond déterminé par décret](#).

Les enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière sur le territoire français, peuvent bénéficier de l'AME sans condition de ressources ou de durée de résidence des parents sur le territoire. La demande doit être faite pour le ménage et les enfants auront une AME en nom propre en attente de droits ouvrables pour les parents.

Refus de soins

Attention : le refus de soins en raison de la couverture santé du patient est illégal et discriminatoire, au même titre qu'un refus ayant pour motif l'origine, la nationalité, l'orientation sexuelle, etc. Les professionnel.le.s de santé sont dans l'impossibilité de refuser une consultation ou des soins à des bénéficiaires sous prétexte qu'ils sont bénéficiaires de l'AME ou de la CSS.

Il est également illégal pour les professionnel.le.s de santé conventionnés d'appliquer des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CSS (hors exigences particulières de votre part, telles une visite à domicile non justifiée ou un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation).

Possibilité de signalement des situations de refus de soins :

- [Via l'observatoire santé de la Fédération](#) ;
- [En saisissant le Défenseur des Droits](#) ;
- En saisissant le médiateur de la CPAM (courrier postal à son attention).

Ressources sur les refus de soins discriminatoires :

- [Article de la Fédération des acteurs de la solidarité sur la mise en place des commissions de conciliation dans les CPAM](#) ;
- [Fiche de la Fédération](#) ;
- [Support produit par le Défenseur des Droits](#) ;
- [Rapport du Défenseur des droits sur le refus de soins.](#)

Droit à la protection maladie des étranger.e.s européen.ne.s

Il n'y a pas de droit au séjour automatique des ressortissant.e.s européen.ne.s sur le territoire français. La libre circulation ne vaut que pour les trois premiers mois de séjour, à ne pas confondre avec une liberté d'installation qui n'est pas applicable.

Les ressortissant.e.s européen.ne.s en France peuvent être affilié.e.s ou non à l'Assurance Maladie (PUMA) et à la Complémentaire Santé Solidaire, ou à l'Aide Médicale d'Etat selon leur situation au regard du droit au séjour et l'existence ou non de droits à l'Assurance Maladie dans un autre pays européen. De manière schématique :

- si la personne a des droits sécurité sociale qui la couvrent dans son pays d'origine, ce sont ces droits qui doivent être activés (situation notamment des étudiant.e.s) ;
- si la personne est « travailleur.euse détaché.e » c'est-à-dire qu'elle travaille en France sous le statut de travailleur.euse détaché.e pour une entreprise non française, c'est la sécurité sociale du pays de l'entreprise qui l'embauche qui prend en charge les frais de santé ;
- si la personne travaille en France pour une entreprise française ou à son compte, elle est en situation régulière et peut être affiliée à l'Assurance Maladie et bénéficier sous conditions de ressources de la CSS. Il en est de même si sa situation lui permet de justifier d'un droit au séjour en France ;
- si la personne est inactive, son droit au séjour n'est pas clairement défini, le CREIC (Centre des Ressortissants Européens Inactifs CMUiste) peut être mobilisé par la CPAM lors de

l'étude des droits à l'affiliation à la sécurité sociale, afin de déterminer le droit au séjour de la personne et ainsi de son éligibilité à la PUMa ou à l'AME.

> Au-delà de 90 jours, il est nécessaire de prouver la possession de ressources suffisantes pour bénéficier de la PUMa (supérieures au plafond AME). A défaut, la personne considérée comme irrégulière et peut bénéficier de l'AME

Pour en savoir plus sur le droit au séjour des ressortissant.e.s européen.ne.s :

- [Note de la DIHAL](#) ;
- [Note du Comède et du Gisti complémentaire à la note de la DIHAL](#).

Changement de statut au regard du droit des étrangers et droits à une couverture maladie

➤ Perte du droit au séjour

En cas de perte du droit au séjour, les assurés sociaux bénéficient d'un maintien de leurs droits de base Assurance Maladie – droits PUMa – durant :

- 6 mois à compter de l'expiration du droit au séjour, en règle générale ;
- 2 mois à compter de l'expiration du droit au séjour, pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'Obligation de quitter le territoire français devenue définitive (si le délai de recours contre l'OQTF est arrivé à échéance sans qu'un recours n'ait été formulé, ou que je juge a rejeté le recours contre l'OQT en première instance). ([Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France](#)).

Durant la période de maintien des droits de base, la Complémentaire Santé Solidaire peut être renouvelée dans la limite de maintien des droits de base (cf. notamment : [Circulaire CNAM du 04 mai 2020](#)).

L'Aide Médicale d'Etat ne peut intervenir qu'à l'expiration des droits de base à la sécurité sociale. La demande d'Aide Médicale d'Etat peut être faite dans les 45 jours précédents l'expiration des droits PUMa.

➤ Obtention du droit au séjour

Si une personne précédemment en situation irrégulière obtient un titre de séjour, ou accède à une activité professionnelle pour un.e ressortissant.e européen.ne en situation irrégulière précédemment, alors **elle ne relève plus de l'AME**.

Une demande d'affiliation à l'Assurance Maladie peut être faite, dès lors que la personne peut justifier de 3 mois de résidence stable et ininterrompue sur le territoire, qu'elle travaille ou qu'elle est dans une des situations particulières d'exemption de la condition de résidence décrites ci-dessous. Si la personne remplit les conditions pour en bénéficier, une demande de Complémentaire Santé Solidaire peut également être faite.

Dans le cas où la personne travaille, la demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie relève de l'assuré, sauf si l'employeur accepte de le prendre en charge via le service en ligne employeur dédié (<https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/embaucher-salarie/dpae>)

Le Dispositif Soins Urgents et Vitaux – DSUV pour la prise en charge sous conditions des frais de santé en hospitalisation des personnes sans droits ouvrables

Le DSUV est un dispositif permettant la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des frais liés à une hospitalisation pour soins urgents et vitaux pour les personnes n'ayant pas de couverture maladie. C'est l'établissement de santé qui fait la demande de prise en charge des frais à l'Assurance Maladie.

La prise en charge des frais au titre du DSUV concerne les soins liés à une hospitalisation et est conditionnée à :

- **la caractérisation des soins comme « urgents et vitaux » par le corps médical.** La note de la direction de la sécurité sociale précise que sont considérés comme soins urgents:
 - les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de celui d'un enfant à naître ;
 - les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité ;
 - tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
 - les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

Ainsi, **les frais d'hospitalisation liés au COVID-19 sont pris en charge au titre du DSUV**, les établissements hospitaliers doivent pour cela faire une demande de prise en charge à l'Assurance Maladie.

- L'absence de couverture maladie :
 - si la personne peut bénéficier de la PUMa/CSS ou de l'AME, alors une demande d'ouverture de droits doit être faite ; ce n'est pas le DSUV qui prend en charge les soins, mais les droits alors ouverts. Pour rappel, en cas d'hospitalisation pour situation d'urgence, l'AME est accordée à compter de la date d'hospitalisation ou de début des soins. Concernant la Complémentaire Santé Solidaire, en cas de besoins de soins immédiats, la date d'effet des droits peut être le premier jour du mois de dépôt de la demande, à condition que celui-ci n'advienne pas à une date antérieure à l'ouverture des droits PUMa ;
 - pour les demandeur.euse.s d'asile dont la durée de résidence sur le territoire français est inférieure à trois mois, cette absence de couverture maladie n'a pas à être prouvée ;
 - les personnes disposant d'un visa ne peuvent pas bénéficier de la prise en charge de leurs frais d'hospitalisation au titre du DSUV, c'est l'assurance voyage obligatoire du visa qui doit prendre en charge les frais de santé ;
 - en temps normal, pour les personnes n'ayant pas droit à l'AME, une demande d'AME est faite par l'hôpital ; la notification de refus permet alors de déclencher la prise en charge au titre du DSUV. Cependant, pendant toute la durée de la crise sanitaire, la prise en charge de ces personnes au titre des « soins urgents » par les hôpitaux est admise sans nécessité de déposer une demande préalable d'AME. Les

hôpitaux peuvent donc facturer les frais à l'Assurance Maladie sans attendre le refus de demande d'AME.

=> Pendant toute la durée de la crise sanitaire, le panier de soins DSUV est également élargi afin de permettre la prise en charge liée aux transports sanitaires depuis les centres d'hébergement COVID vers l'hôpital, ou pour les transports de retour de l'hôpital vers les centres d'hébergement ou le domicile.

Les PASS pour les personnes sans droits ouverts ni ouvrables

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettent aux personnes sans droits ouverts ni ouvrables de bénéficier de soins sans avoir à payer de frais de santé. Dans les PASS et en fonction de ce qui y est proposé, il est possible de bénéficier d'un rendez-vous avec un médecin généraliste ou des médecins spécialistes (dentiste, ophtalmologue, gynécologue, etc.), de soins par une infirmière et d'obtenir les médicaments qui ont été prescrits.

[Annuaire des PASS et outils d'accompagnement par l'ARS](#)

[PASS des hôpitaux de l'APHP](#)

La reconnaissance Affection Longue Durée (ALD)

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet le remboursement des dépenses de soins des personnes en rapport avec une maladie chronique, avec un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La reconnaissance ALD permet une prise en charge à 100% des frais de santé liés à l'affection par l'Assurance Maladie (pas de mobilisation de la part complémentaire). Pour les bénéficiaires de l'AME, certaines prestations - telles les transferts médicaux - peuvent être prises en charge dans le panier de soins AME, uniquement en cas de reconnaissance ALD.

Plus d'information sur [le site de l'Assurance Maladie](#).

II. La réforme de l'AME

Présentation

Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} juin 2021 sont entrées ou vont entrer en vigueur plusieurs modifications relatives à l'Aide Médicale d'Etat ou au maintien des droits à la Protection Universelle Maladie des personnes ayant perdu leur titre de séjour.

Ces modifications et évolutions, présentées ci-après, découlent de plusieurs textes normatifs et d'une circulaire CNAM du 27 décembre 2020 :

- La loi de finance pour 2020 n°2019-1479 du 28/12/2019 ;
- [Le Décret n° 2020-1325 du 30/10/2020](#) qui a fait entrer dans les textes réglementaires les mesures législatives prévues par la loi de finance pour 2020 ;
- [La Circulaire CNAV du 27 décembre 2020](#).

⇒ **Support de présentation de Madame Carine Perrin, Responsable du département Accès aux Droits de la CPAM de Paris disponible [via ce lien](#).**

Résumé des modifications apportées par la Réforme de l'Aide Médicale d'Etat :

- Ajout d'une condition d'irrégularité du séjour de 3 mois pour accéder à l'AME, vérifiée par les CPAM via la consultation des fichiers informatique des visas ;
- Mise en œuvre d'un délai de carence de 9 mois durant lequel la prise en charge de certains soins est soumise à un accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie (cf. ci-dessous) ;
- A compter du 1^{er} juin 2021, les premières demandes d'Aide Médicale d'Etat devront être déposées physiquement par les demandeur.euse.s au sein des Agences CPAM ou d'une PASS hospitalière, ou de France Services.

Prise en charge des frais de santé par l'Aide Médicale d'Etat :

L'Aide Médicale d'Etat permet une prise en charge à 100% des frais de santé dans la limite des tarifs conventionnels (secteur 1) de la sécurité sociale et du panier de soins AME.

Ne sont pas pris en charge :

- Les actes techniques, examens, médicaments et produit nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation ;
- Les médicaments à service médical rendu faible remboursé à 15 % ;
- Les cures thermales

Durant les 9 premiers mois de bénéfice de l'Aide Médicale d'Etat, certains soins programmés ne peuvent être pris en charge sans autorisation préalable de l'Assurance Maladie. Ces soins sont listés par l'Article 1 – du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux

conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

- Télécharger le formulaire de demande préalable de prise en charge de certains soins

Les bénéficiaires mineur.e.s de l'Aide Médicale d'Etat bénéficient d'une prise en charge à 100% de leurs frais de santé sans exceptions.

Modalités de demande, date d'effet des droits, renouvellements de l'Aide Médicale d'Etat :

- Télécharger le nouveau formulaire de demande AME

Supports complémentaires :

- [Article de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France sur la réforme de l'AME ;](#)
- [Support de présentation de la CNAM \(octobre 2020\) sur les pièces à fournir lors de la demande AME.](#)

Questions/réponses sur l'AME et les droits à une couverture maladie :

AME :

- *Combien de temps prend l'instruction d'une demande d'AME à la CPAM de Paris ?*

Le délai d'instruction est variable d'un pôle à l'autre et d'une instruction à l'autre, notamment si le dossier est incomplet. Le délai moyen de traitement d'une demande d'AME est de 37 jours à la CPAM de Paris. Un dossier urgent peut être traité plus rapidement.

- *Comment obtenir une preuve de dépôt ? La preuve de dépôt fait-elle foi ? Quelles différences sur les preuves de dépôt avant/après la réforme de l'AME ?*

A partir du 1^{er} juin 2021 et de la mise en œuvre de l'obligation de dépôt physique de la première demande AME, les agents remettront une fiche de passage à l'accueil qui fera preuve de la date de réception du dossier. Pour les envois de demande de renouvellement ou de dossier par mail avant le 1^{er} juin, il n'y a pas d'accusé de réception automatique, il faut donc conserver la preuve d'envoi du mail qui permet de faire valoir la preuve de dépôt si jamais cela est nécessaire.

- *Le délai de carence pour la prise en charge des frais de santé soumis à autorisation préalable durant les 9 premiers mois s'applique-t-il quand l'AME succède à un droit PUMa ou CSS ?*

Oui, il s'agit d'une nouvelle demande. Le délai de carence est calculé à partir de la première attribution de l'AME. Pendant les 9 premiers mois de droits, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable du service médical de la CPAM pour la prise en charge des frais de santé listés par décret et concernés par ce délai de carence.

- *Quels sont les frais de santé exclus de la prise en charge dans le cadre du délai de carence ?*

Ces soins sont listés par l'Article 1 – du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

- *Les travailleurs sociaux hors PASS et CPAM peuvent-ils continuer à utiliser la boîte mail AME pour les renouvellements au-delà du 1er juin 2021 ?*

Oui. L'adresse ame.cpam751@assurance-maladie.fr est valide jusqu'au 1^{er} juin pour les nouvelles demandes. Elle reste valide au-delà de cette date pour les demandes de renouvellement.

- *Comment éviter une rupture de droits ?*

Pour éviter une rupture des droits, le dossier peut être envoyé dans les 45 jours avant la fin du délai de maintien des droits PUMa lorsqu'il s'agit d'une demande AME suite à la perte du droit au séjour. Lors d'un renouvellement, celui-ci peut être demandé durant les 2 mois avant l'expiration des droits.

- *Quels sont les plafonds de ressource ?*

Pour une personne seule, le plafond annuel de ressources est actuellement établi à 9041 €. Vous pouvez consulter les différents plafonds de ressources pour l'accès à l'AME selon le lieu de résidence et la composition du foyer sur le [site du service public](#).

- *Peut-on anticiper l'ouverture de droit AME ?*

A l'issue de la demande d'asile, les droits PUMA et CSS sont maintenus durant 6 mois. La demande d'AME peut être anticipée 45 jours avant l'échéance de ce délai de 6 mois.

En cas de première demande pour une personne n'ayant pas de droits AME (ex : nouvellement arrivée sur le territoire) il est nécessaire d'attendre que la personne remplisse la condition de présence stable et irrégulière depuis plus de trois mois sur le territoire pour faire la demande AME, sinon celle-ci sera rejetée.

- *Les bénéficiaires de l'AME peuvent-ils bénéficier de l'accompagnement santé de la Mission d'Accompagnement Santé ?*

Non. Il s'agit d'un service à destination des assurés sociaux, les bénéficiaires de l'AME ne peuvent donc pas en bénéficier.

- *Après quel délai sans réponse peut-on relancer une demande d'AME ?*

Au bout de deux mois sans réponse ni demande complémentaire, la demande est réputée rejetée. Il est conseillé de contacter la CPAM pour savoir ce qu'il en est du dossier.

PUMa/CSS :

- *Comment attester des trois mois de présence en France d'une personne ? Quid d'une personne SDF ?*

Il n'existe pas de liste limitative des pièces pouvant être fournies. [Le cerfa de demande AME](#) en liste certaines, tout en mentionnant que « tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie » peut être fourni.

Fournir une attestation de domiciliation, établie par une structure ou même par un.e hébergeur.euse permet d'attester de la présence sur le territoire.

Dans le cas d'une personne SDF, une attestation de la structure de domiciliation mentionnant que la personne vient chercher son courrier, une attestation de suivi de la part d'un accueil de jour,

attestations de riverains, ou même factures ou tickets de caisse pourront être utilisés. Il n'y a pas de liste limitative des documents pouvant être fournis.

- *Est-il possible de mobiliser le DSUV pour la prise en charge de soins réalisés entre l'arrivée en France d'une personne et l'enregistrement de sa demande d'asile ?*

Oui, le DSUV est mobilisable pour les personnes sans droit ouvrables qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie d'un autre pays ou privée et qui ne sont pas sous visa.

- *Les demandes de PUMa et de CSS peuvent-elles être lancées simultanément ?*

Oui. Les deux demandes peuvent être lancées parallèlement. Attention cependant, l'attribution de la CSS est conditionnée à une affiliation à la sécurité sociale (PUMa).

Questions relatives à la situation familiale :

- *Que se passe-t-il si des conjoint.e.s n'ont pas la même situation administrative ?*

Si l'un ou l'autre des conjoint.e.s n'est pas en situation régulière, il faudra faire des demandes séparées en fonction de la situation de chaque personne (AME et/ou PUMa).

- *La demande d'AME doit-elle être faite conjointement (couple marié, en concubinage) ?*

La demande d'AME individuelle n'existe pas, la demande d'AME se fait par foyer. Si les membres du foyer ne sont pas dans la même situation au regard du droit au séjour, les ressources à déclarer sur la demande individuelle d'AME des personnes en situation irrégulière sont celles du ménage et non uniquement de la personne.

- *Des membres d'un même foyer peuvent-ils faire une demande commune d'affiliation PUMa ?*

Non. L'affiliation PUMa est individuelle dès 18 ans. Il n'existe plus depuis 2016 d'ayants droits majeurs pour l'affiliation à l'Assurance Maladie.

- *Si une personne bénéficiaire de l'AME est atteinte d'une pathologie chronique, peut-on faire une demande de 100% ALD ?*

Oui, une demande de reconnaissance d'ALD peut être faite. Elle permet notamment d'ouvrir le panier de soins AME à certains frais de santé, par exemple les transports médicaux.

- *Les enfants mineurs de personnes en situation irrégulière peuvent-ils bénéficier de l'AME même si les parents ne remplissent pas les conditions de durée de séjour sur le territoire ou ont des ressources supérieures aux plafonds ?*

Les enfants pourront bénéficier de l'AME même si la demande des parents est rejetée.

Questions relatives au statut ou à la nationalité :

- *Quels sont les droits pour les ressortissants européens ?*

Cf. ci-dessus sur la situation des ressortissant.e.s européen.ne.s.

- *Une personne bénéficiaire nouvellement dotée d'un titre de séjour, doit-elle attendre la fin de ses droits AME pour pouvoir basculer sur une demande de PUMa et CSS ?*

Non, à partir du moment où la personne est en situation régulière au regard du droit au séjour, elle ne relève plus de l'AME.

- *Quels sont les droits pour un.e ressortissant.e d'un pays hors Union Européenne avec un titre de séjour d'un pays européen ?*

Les titres de séjours délivrés par d'autres pays européens ne sont pas valides en France. La personne est donc en situation irrégulière si elle n'a pas de titre de séjour français et relève du régime de l'AME.

Questions relatives au numéro de sécurité sociale :

- *Les personnes bénéficiaires peuvent-elles prétendre à la CSS sans un numéro de sécurité sociale définitif ?*

Les droits à la CSS ne dépendent pas de l'immatriculation. Un numéro d'immatriculation provisoire accorde les mêmes droits qu'un numéro de sécurité sociale définitif puisque celui-ci permet d'affilier la personne à la sécurité sociale.

- *Quelle est la différence entre l'affiliation à l'Assurance Maladie et la délivrance d'un numéro de sécurité sociale définitif ?*

Lors de la première affiliation à l'Assurance Maladie (PUMa) d'une personne étrangère, l'Assurance Maladie octroie à la personne un numéro de sécurité sociale provisoire – NNP ou NIA – à la personne.

C'est uniquement après envoi et vérification des documents d'Etat Civil et d'identité par un service dédié qu'un numéro de sécurité sociale définitif est attribué.

Les droits sociaux (RSA par exemple), l'autorisation de travail ou encore le droit au logement social, dépendent de la régularité du séjour et non de la possession ou non d'un numéro de sécurité sociale définitif. **Toute discrimination sur la base de la nature du numéro de sécurité sociale est illégale.**

- *Quel est le délai d'obtention d'un numéro d'assurance maladie définitif ?*

Le délai est variable, selon le pays d'origine de la personne cela peut prendre jusqu'à un an. Il peut être nécessaire de vérifier avec la CPAM que les documents d'état civil ont bien été reçus.

- *Un employeur peut-il recruter une personne sans numéro de sécurité sociale ?*

Oui, si la personne ne possède pas de numéro de sécurité sociale (ni définitif ni provisoire), l'employeur peut créer un numéro technique temporaire sur la déclaration sociale nominative.

- *Comment l'appel au 3646 est-il sécurisé ?*

Lors d'un appel au 3646, la personne peut être accompagnée par son/sa travailleur.se social.e ou un.e accompagnant.e (notamment si elle ne maîtrise pas la langue française). Le/la demandeur.e doit obligatoirement être identifié.e. Si le/la demandeur.se est assuré.e social.e, le numéro de carte vitale ou de sécurité sociale peut être utilisé pour l'identification, sinon la personne peut être

identifiée par son RIB. Il ne peut pas être communiqué des réponses à des questions de droits ou de santé à des personnes n'étant pas identifiées.

Il n'existe pas de moyen d'identification pour les institutions, associations et/ou travailleur.se.s sociaux.ales, cependant la CNAM travaille sur ce sujet.

La plateforme d'accueil téléphonique dispose des outils pour répondre aux demandes des personnes et travailleur.se.s sociaux.ales. Si une réponse ne peut pas être donnée, une échéance est lancée, c'est-à-dire que le service est interrogé. Ainsi, le service sollicité par la plateforme répondra directement.

III. La Mission d'Accompagnement Santé

Support de présentation de la CPAM disponible via ce [lien](#)

Au travers de la Mission Accompagnement en Santé (anciennement cellule PFIDAS), la CPAM propose aux assuré.e.s fragiles, une offre de service d'accompagnement global, personnalisée et intégrée, portant sur l'accès aux droits, l'accès aux soins et également de la prévention quels que soient le mode et le motif initial de détection.

Selon les cas et les besoins identifiés, cette offre peut également être complétée d'un volet numérique.

Pourquoi la PFIDASS devient la Mission Accompagnement Santé ?

Depuis mars 2020, les assuré.e.s sont accompagné.e.s par la Mission Accompagnement Santé, nouveau nom donné à la PFIDASS. Emergeant du constat de renoncements aux soins de masse, cette nouvelle mission répond à plusieurs objectifs :

- La prise en charge des **accompagnements élargie à toutes les difficultés d'accès aux soins** et pas seulement aux situations de renoncement.
- **La lisibilité** : simple et compréhensible par le plus grand nombre, assuré.e.s comme partenaires et professionnel.le.s de santé, pour un meilleur partage de la mission.
- **L'absence de stigmatisation** : accessible à tou.te.s les assuré.e.s.
- **L'unicité** : un seul nom pour une appropriation uniforme par l'ensemble du réseau.

De nouvelles missions

Cinq grandes problématiques constituent désormais le point d'entrée pour un accompagnement des assuré.e.s par la Mission Accompagnement Santé :

- Difficultés d'accès aux droits,
- Renoncement ou difficultés d'accès aux soins,
- Renoncement ou difficultés d'accès à des soins liés à un handicap,
- Fragilité face au numérique,
- Situation sociale complexe.

Cette offre de service intégrée et complète permet à chaque personne de disposer des droits auxquels elle peut prétendre, de connaître et mieux comprendre le système de santé, de trouver des solutions concrètes face aux difficultés rencontrées et de renforcer son autonomie dans la prise en charge de sa santé.

Le rôle des partenaires est primordial dans la détection des situations de non-recours et de fragilité. Ils doivent :

- Identifier les assuré.e.s en situation de fragilité
- Recueillir le consentement de l'assuré.e
- Transmettre les informations à la CPAM de Paris

Comment ?

- Les professionnel.le.s peuvent effectuer un signalement auprès de la CPAM en complétant [le formulaire de saisine externe](#).
- Ce formulaire peut être adressé par mail : mas75.cpam-paris@assurance-maladie.fr

Quid des délais de contact d'assuré.e.s ?

Le délai de traitement habituel est de 10-15 jours après envoi de la saisine. Ceci étant, le contexte sanitaire et la mobilisation de la CPAM au niveau de la vaccination peut entraîner le rallongement des délais.

Par ailleurs, il est souvent arrivé que les assuré.e.s ne répondent pas, de nombreux dossiers tombent en échec de ce fait.

NB : Auparavant, la saisine était traitée avec la personne assurée, sans retour au détecteur. Depuis début mars, un retour systématique est effectué pour notification de la prise en charge

Calibrage de la MAS : 10 conseiller-e-s actuellement

- Mission prioritaire aujourd'hui, le calibrage dépend des flux d'entrée

Un service d'interprétariat est-il mis à disposition pour les personnes allophones ?

Au même titre que pour les appels au 3646, demeure la possibilité de la présence d'un tiers lors de l'entretien téléphonique ; la CPAM ne dispose pas de service d'interprétariat en interne. A ce stade, la CPAM préconise au détecteur d'adopter une posture d'accompagnant.

IV. La mission Partenariats et les relations avec la CPAM

La Mission Partenariats de la CPAM de Paris crée et gère des partenariats entre la CPAM, les institutions et les associations. Elle peut être sollicitée afin d'organiser des temps de présentation des dispositifs aux personnes accompagnées ou en cas de questionnements récurrents concernant le fonctionnement de la CPAM 75.

La mission Partenariats n'a pas pour vocation de traiter les situations individuelles de blocages ou avancée de dossiers, elles n'obtiendront aucun retour.

Durant le webinaire et lors des inscriptions, des difficultés liées à la sécurisation des appels au 3646 avec un RIB et le souhait des professionnel.le.s du secteur social de pouvoir avoir des interlocuteur.trice.s privilégié.e.s au sein des CPAM pour traiter les questions individuelles a été remonté.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France portera ces difficultés et fera remonter cette demande dans ses échanges avec la CNAM à l'échelle nationale, afin que des réponses puissent être apportées pour favoriser l'accès aux droits des personnes.

Ressources :

- ⇒ Sur l'outil soliguide.fr, [des fiches pratiques](#) ont été publiées relatives notamment à la couverture maladie ;
- ⇒ Indications à destination des employeur.se.s pour rassurer sur l'embauche de personnes n'ayant pas de numéro de sécurité sociale ou non définitif
 - Pour les ressortissant.e.s non européen.ne.s :
« **Monsieur/Madame n'a jamais été affilié.e à la sécurité sociale française/ne s'est pas encore vu délivrer de numéro de sécurité sociale définitif**, cependant Monsieur/Madame est autorisé.e à travailler en France, cette autorisation de travail est attestée par la possession **d'un récépissé autorisant à travailler/d'un document de séjour valant autorisation de travail/ d'une autorisation de travail délivrée en son nom**. Lors de la déclaration préalable à l'embauche puis la déclaration sociale nominative, Monsieur/Madame sera affilié.e à la sécurité sociale. Le site d'informations sur la Déclaration Sociale Nominative précise les démarches que vous pouvez réaliser pour embaucher une personne sans numéro de sécurité sociale mais autorisée à travailler : [Absence de NIR ou de NIA - Le Numéro Technique Temporaire \(NTT\)](#). »
 - Pour les ressortissant.e.s européen.ne.s :
 - « Pour les ressortissant.e.s non européen.ne.s :
« **Monsieur/Madame n'a jamais été affilié.e à la sécurité sociale française/ne s'est pas encore vu délivrer de numéro de sécurité sociale définitif**, cependant Monsieur/Madame est autorisé.e à travailler en France en tant que ressortissant.e européen.ne. Lors de la déclaration préalable à l'embauche puis la déclaration sociale nominative, Monsieur/Madame sera affilié.e à la sécurité sociale. Le site d'informations sur la Déclaration Sociale Nominative précise les démarches que vous pouvez réaliser pour embaucher une personne sans numéro de sécurité sociale mais

autorisée à travailler : [Absence de NIR ou de NIA - Le Numéro Technique Temporaire \(NTT\)](#).