



Réunion CNAM – partenaires

Séance de questions – réponses

24 septembre 2024

COORDINATION DES PASS GRAND EST

Question 1 : Les délais de traitement des demandes de titres de séjour par les services de la Préfecture pour les conjoints de français est particulièrement long. Comment peut-on agir sur les délais de traitement de titres de séjours par les services de préfecture pour les conjoints de français qui se retrouvent alors en situation irrégulière et qui auraient relever du droit commun ?

Réponse : C'est hors périmètre de l'Assurance Maladie.

Question 2 : La durée de traitement des demandes d'AME par la CPAM est actuellement réduite mais quasi systématiquement des pièces sont redemandées aux patients alors que le dossier AME est complet à la base. Les pièces complémentaires demandées ne sont pas les mêmes pour tous les dossiers, quand bien même les situations administratives seraient similaires.

Est-il possible que les caisses informent les instructeurs (en copie) de la réponse donnée par la CPAM (demande de pièces justificatives...) ?

Réponse : La réponse est fournie à la personne, même quand il s'agit de demandes de pièces complémentaires.

Question 3 : Impossibilité pour les médecins en PASS d'avoir un accès à la plateforme pour gérer les demandes d'ALD, réaliser les arrêts de travail... Est-il possible pour les médecins exerçant en PASS d'avoir un accès à la plateforme pour gérer les demandes d'ALD, voir les droits, réaliser les rares arrêts de travail et commander les formulaires (bons de transport par exemple), comme les médecins libéraux.

Réponse : Aujourd'hui, l'accès à ameli-pro pour les salariés d'établissements n'est pas possible en raison de la nécessité de disposer d'une carte CPS, d'être connu de nos outils informatiques (notamment du référentiel des professionnels de santé) et d'installer sur les postes de travail des médecins hospitaliers les composants informatiques nécessaires à l'utilisation de la CPS (lecteur de carte et logiciels de lecture) ceci pour des raisons de sécurité liées à la sensibilité des données de nos téléservices.

Nous travaillons actuellement sur le sujet complexe techniquement pour essayer de construire une offre de services pour les salariés d'établissements.

Question 4 : Les notifications de refus pour les soins urgents sont toujours difficiles à récupérer. Est-il possible d'obtenir la notification de refus pour soins quand celle-ci est demandée dans le cadre des soins urgents ?

Réponse : L'Assurance Maladie ne connaît pas l'identité des patients soignés en soins urgents, ils ne sont pas référencés dans nos bases.

ASSOCIATION CATRED

Question 5 : Question relative à des personnes étrangères en situation irrégulière avec des accidents du travail (AT) reconnus par la CPAM. Personnes qui sont sans couverture maladie ou qui ont l'AME selon leurs ressources.

Bien que l'AT soit reconnu par la Caisse, il n'y a pour autant pas de paiement des indemnités journalières AT/MP et les soins - en lien avec l'accident du travail - ne sont pas toujours pris en charge par la sécurité sociale (avec éventuellement des factures hospitalières conséquentes). En contradiction avec la législations sur les risques professionnels, la CPAM demande à la personne la production d'un titre de séjour (alors qu'elle sait déjà que la personne est sans papier puisqu' un courrier explicatif a été joint dès l'origine à la déclaration d'AT et au CMI) en vue d'immatriculer les personnes à la sécurité sociale (formulaire de demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie à renseigner: CF= 736 CNAMTS-V-2016 spécifiant pourtant que la personne doit être en situation régulière).

Pourrions-nous avoir communication d'une instruction sur ce point ou la position de la CNAM par rapport à ce type de pratiques qui sont contraires à la législation sur les risques professionnels ? En effet, malgré nos demandes, les CPAM restent muettes sur ce point.

Réponse : L'irrégularité du séjour n'est pas de nature à priver la victime du bénéfice de la législation AT-MP. L'article L.471-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que la caisse poursuit auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail en France le remboursement de la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne. Il en est de même lorsque la victime se trouve en situation de travail dissimulé. Ces principes sont rappelés au paragraphe 5.1 de la circulaire Cnam du 12 mai 1995.

Question 6 : Une nouveauté sur un accident du travail (AT): la déclaration d'AT a été envoyée à la CPAM en LRAR avec le certificat médical initial (CMI) requis (entre autres pièces). La Caisse ne répond pas dans les délais qui lui sont légalement impartis. Après relance de la Caisse en demandant la reconnaissance implicite de l'AT (30 jours s'étant écoulés), la Caisse assimile cette demande à la réception de la déclaration d'AT et du CMI. Un recours CRA CPAM a dû être effectué. Suite à cela, la personne a reçu une notification de rejet de l'accident sur un motif de fond. Le recours CRA a donc été complété. A ce jour, le Tribunal Judiciaire est saisi sur un nouveau refus implicite de la CRA.

Afin d'éviter au maximum des saisines du tribunal judiciaire, pourrions-nous savoir quelle est la position de la CNAM au regard de ce type de situation qui est non conforme à la réglementation applicable et en quoi votre CNAM pourrait intervenir sur ce type de situations?

Réponse : L’instruction de la CPAM est réglementairement limitée dans le temps.

En effet, « la caisse dispose de délais strictement limités pour instruire les demandes.

La caisse dispose d'un délai de trente jours francs à compter de la date à laquelle elle a reçu le dossier complet pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident (article R.441-7 du CSS) ou pour engager des investigations (mise à disposition de questionnaires ou démarche d'enquête. Elle dispose alors de 90 jours francs pour statuer au lieu de 30.

Si l’un des deux délais précités n’est pas respecté, le caractère professionnel de l’accident est implicitement reconnu (cf. CIR-28/2019) » (cf. CIR-14/2018).

Comme précisé dans la circulaire précitée (CIR-14/2018), le point de départ du délai d’instruction correspond à la réception d’un dossier complet (= réception CMI + DAT).

Compte tenu de ce qui précède, si la caisse n’a pas rendu de décision dans le délai de 30 jours en AT suite à la réception de la DAT et du CMI sans recourir à une instruction (envoi de questionnaires, voire enquête administrative), le caractère professionnel de l’AT est donc implicitement reconnu.

Ces instructions sont connues des CPAM et font par ailleurs l’objet d’une communication large (diffusion par voie de circulaires publiques).

Il conviendrait de prendre connaissance des pièces du dossier pour savoir si en l’espèce, la reconnaissance implicite est effectivement acquise ou non.

COORDINATION DES PASS AURA

Question 7 : PASS de ville : Y a-t-il un cahier des charges national qui fixe les missions des établissements conventionnés « PASS de ville » ? Quels sont les établissements sociaux ou médico-sociaux qui peuvent être habilités pour obtenir l’agrément PDV ?

Réponse : Il y a eu des travaux avec le Ministère de la Santé et quelques associations & PASS de ville (en 2022/2023) en vue de la rédaction d’un cahier des charges, incluant notamment un modèle de convention locale PASS de ville / CPAM (accès aux droits, aux soins et à la santé).

Question 8 : L’absence de prise en charge des frais de santé par l’assurance maladie de personnes étrangères titulaires d’un visa long séjour (visa VLS ou visa D non acceptés par la CPAM à ce jour) : où en est-on de l’actualisation de l’arrêté du 10 mai 2017 ou des ajouts complémentaires de documents par la lettre ministérielle du 15/01/19 pour permettre cette prise en charge de personnes en situation régulière sur le territoire et s’y installant ? Cette exclusion des « visa D » est contradictoire dans les cas où le titulaire du « visa D » rejoint une personne membre de sa famille, elle-même assurée sociale. En effet, l’article D160-2, II, 3° du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit l’exemption du délai de carence de 3 mois pour la prise en charge des frais de santé par l’assurance maladie aux « membres de la famille au sens de l’article L.161-1 qui rejoignent ou accompagnent pour s’installer en France un assuré y séjournant dans les conditions prévues à l’article L. 160- 1 ». Une personne étrangère, sous « visa D », rejoignant un conjoint, détenteur d’un titre de séjour en France relève donc dans le droit européen de cette dispense et devrait logiquement pouvoir être couverte sans délai.

Réponse : En analyse au sein du Ministère de la Santé. Ce sujet sera traité lors de la réunion dédiée aux attestations ANEF en novembre ou décembre 2024, selon les dates d'arbitrage politique.

Question 9 : Les difficultés rencontrées par les membres de famille des personnes reconnues bénéficiaires de la protection internationale depuis la mise en place en avril 2022 de la procédure dématérialisée ANEF (Administration Numérique des Etrangers en France) pour obtenir des droits PUMA+CSS. Ces personnes ont des récépissés qui ne leur permettent pas d'ouvrir des droits CPAM. Cette situation est particulièrement illégitime pour les membres de famille des personnes reconnues comme bénéficiaires d'une protection internationale (BPI) du fait des normes internationales exigeant l'égalité de traitement avec les nationaux. Cela est moins une question qu'une remontée de terrain dont nous souhaitons vous faire part. Néanmoins la question est : comment la CNAM peut-elle être en mesure d'affilier les ayants droits des personnes bénéficiaires d'une BPI dans les meilleurs délais lorsque ces ayants droits les rejoignent ?

Réponse : Une réunion d'information sur les attestations ANEF est prévue d'ici quelques semaines.

Question 10 : Les difficultés de suivi des dossiers gérés par le CREIC : demande de liens directs avec la CPAM de Nîmes afin de pouvoir assurer un soutien effectif aux personnes dont les dossiers ont été instruits par la PASS dans le cadre de la convention PASS/CPAM. Nous aimerions pouvoir avec l'accord de la personne concernée être destinataire des courriers de demandes d'informations/pièces complémentaires ce qui n'est pas le cas actuellement.

Réponse : Les courriers sont envoyés à l'assuré, même quand il s'agit de demande de pièces complémentaires.

Question 11 : Les difficultés de suivi des instructions de dossiers AME gérés par la CPAM de Poitiers : demande de liens directs pour les dossiers instruits par la PASS dans le cadre de la convention PASS/CPAM. Nous aimerions pouvoir avec l'accord de la personne concernée être destinataire des courriers de demandes d'informations/pièces complémentaires ce qui n'est pas le cas actuellement.

Réponse : Les courriers sont envoyés à la personne bénéficiaire de l'AME, même quand il s'agit de demandes de pièces complémentaires.

La CPAM de résidence est la CPAM qui gère la relation clients (assurés et partenaires) suite à un dépôt de demande d'AME.

Question 12 : Fiabilité des informations sur CDR : nous recevons de nombreux retours des professionnels des PASS concernant des infos erronées sur CDR qui mettent à mal le parcours de soins des patients. Ex : un patient est titulaire d'une carte AME avec des dates de droits valides sur la carte AME. Ce patient bénéficie d'une prise en charge de ses soins à la PASS (consultation médicale). Il a besoin de médicaments et une ordonnance est faite par le médecin de la PASS. Il est orienté vers une pharmacie de ville car il est titulaire d'une carte AME avec des droits ouverts. Or la pharmacie de ville refuse de lui délivrer son traitement car sur CDRI les droits sont indiqués comme fermés. Question : est-il possible que des droits à l'AME soient fermés à un assuré avant la date de fin indiquée sur sa carte, et si oui dans quels cas ?

Réponse : Des situations de déphasage entre les informations restituées par les outils de consultation des droits et la situation réelle ont été identifiées. Elles étaient liées à une difficulté de rafraichissement des données lors de l'interrogation. Un traitement national est intervenu dans le courant de l'été de façon à améliorer la fiabilité des informations restituées.

Si des écarts sont toujours observés malgré cette action, un signalement peut être réalisé vers la caisse de rattachement de façon à faire rétablir un affichage correct.

En dehors de l'ouverture d'un droit à l'Assurance Maladie si le bénéficiaire dispose d'un titre de séjour, les situations d'interruption des droits restent rares.

Question 13 : Facturation dans le cadre du dispositif des soins urgents et vitaux : Certaines PASS nous ont signalé qu'il leur est demandé d'envoyer leurs demandes de facturation DSUV sur une autre caisse que la leur. Cela ne semble pas être le cas pour toutes les PASS d'un même département, ce qui crée de la confusion. Ce process est-il à la main des CPAM au niveau départemental ? Pouvez-vous nous renseigner sur le processus de traitement officiel des demandes de facturation dans le cadre du DSUV, et, s'il y en a, nous préciser les bonnes pratiques recommandées afin que les demandes émanant des PASS soient bien reçues et traitées ?

Réponse : Certaines caisses mutualisent l'activité relative au traitement des factures hospitalières. Les caisses locales concernées informent alors les établissements des nouveaux circuits de transmission.

Question 14 : Concernant des problématiques récurrentes et pénalisantes pour les droits des personnes titulaires d'un visa VISA D carte de séjour à solliciter : Actuellement certaines préfectures sont inaccessibles dans les délais impartis pour la validation des titres de séjour sans délivrance de document permettant de justifier de la démarche et donc de prouver la régularité du séjour. Les personnes se retrouvent donc pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois en situation irrégulière. Pouvez-vous dans ce contexte, intervenir d'une manière ou d'une autre pour préserver les droits CPAM de ces personnes ?

Réponse : Question transmise à la DSS.

Question 15 : Pour les VISA C famille de français : Les VISA C sont valides pendant 3 mois, la préfecture ne délivre pas forcément en temps et en heure le récépissé/titre de séjour. Les guichets CPAM disent aux personnes d'attendre 3 mois avant de déposer les demandes de PUMA+CSS ce qui me semble questionnable, le visa C justifiant d'un droit au séjour et donc d'un droit PUMA+CSS. Pouvez-vous nous indiquer si ces demandes des CPAM sont justifiées et comment éviter un refus d'ouverture de droits parce que la personne n'a pas encore reçu son récépissé /titre de séjour au-delà des 3 mois ? Le plus juste serait que ces personnes puissent déposer leur demande avant la fin de validité de leur visa afin de permettre une ouverture de droits en attendant des pièces complémentaires nécessaires à la confirmation du droit (ex : ouverture de droits pour 3 mois comme cela se fait dans d'autres situations en attendant des pièces complémentaires).

Réponse : Cette consigne n'a pas été donnée par la CNAM (ni en front office, ni en back office). Veuillez nous fournir éventuellement les CPAM concernées.

DOMASILE

Question 16 : Peut-on savoir pourquoi les services qui traitent des demandes d'AME n'acceptent pas tous les passages NAVIGO comme preuves de présence. Je ne comprends pas que ce ne soit pas accepté partout ? En effet, en droit, et notamment s'agissant de la question de présence ou résidence sur le territoire, tout moyen de preuve est possible.

Réponse : La liste des pièces justificatives acceptées a été fournie à plusieurs reprises (cf. PJ). Le PASS Navigo (ou tout autre titre de transport) ne figure pas sur cette liste en première intention.

Si aucun document de cette liste ne peut être fourni, il reste possible de produire d'autres éléments dont la recevabilité sera examinée au cas par cas. Sur les titres de transport, il faut dans ce cas qu'ils comportent une photo intégrée (non collée) complétés d'une attestation de chargement depuis plus de 3 mois.

ODSE

Question 17 : Les ruptures de stocks des formes génériques de certains médicaments se multiplient. Des médicaments non génériques sont donc délivrés aux malades, mais du fait des règles au tarif forfaitaire de remboursement (TFR), ces personnes se voient appliquées des restes à charges (voir l'extrait Ameli ci-dessous), y compris pour des personnes bénéficiaires de l'AME ou de la C2S. Ce qui peut poser de gros problèmes, y compris de ruptures de soins.

Ces situations étaient rares mais elles deviennent de plus en plus fréquentes.

Réponse : Le tarif des produits de santé est déterminé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) placé sous l'autorité des ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. Il vise à assurer l'accès des patients à des traitements de qualité au juste prix pour garantir la soutenabilité financière de notre système de santé sans empêcher le développement des acteurs industriels et les innovations thérapeutiques.

La décision finale de remboursement relève de la compétence des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le CEPS peut décider avec l'accord des ministères cités supra d'appliquer pour les médicaments appartenant à un groupe générique, un TFR (tarif forfaitaire de responsabilité) c'est-à-dire une base de remboursement maximale qui s'applique quel que soit le prix du médicament (article L162-16 du code de la sécurité sociale).

Le TFR est le même pour tous les médicaments appartenant au même groupe générique qu'il s'agisse du médicament de référence ou de ses génériques.

C'est une base de remboursement maximale que ne peut dépasser l'Assurance Maladie, et aucune dérogation à l'application du TFR n'est prévue aujourd'hui au niveau de la réglementation, même en cas de rupture de stock d'un ou de l'ensemble des médicaments génériques du groupe concerné par le TFR.

Cependant, le TFR est mis en place uniquement lorsqu'un certain nombre de génériques sont commercialisés sur le marché.

Le patient doit chercher une pharmacie qui dispose de stock d'au moins un générique.

Si l'offre de médicaments génériques se révèle insuffisante sur le long terme sur l'ensemble du territoire national, le CEPS après examen de la situation pourra proposer la suppression du TFR.

COORDINATION DES PASS OCCITANIE

Accès aux droits des travailleurs salariés en situation irrégulière et européens inactifs :

- **Question 18** : Quelle prise en charge des IVG pour les Européennes inactives et exemptées de VISA sur les 3ers mois ? Aucun recours n'est possible (elles sont exclues des SUV) et la législation impose des délais d'intervention incompatibles avec l'attente des 3 mois de présence.
 - **Réponse** : Si la femme n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie de son pays d'origine dans ce délai des 3 mois, il n'y a en effet pas de prise en charge Assurance Maladie ou soins urgents. Nous transmettons cette question à la DSS.
- **Question 19** : Exonération de la cotisation SECU prélevée sur salaire pour les travailleurs salariés en situation irrégulière : que leur proposer dans la mesure où ils n'ont pas d'accès à la PUMA du fait de l'irrégularité et ont un refus AME du fait des ressources (salaires) ?
 - **Réponse** : C'est un sujet emploi / URSSAF.
- **Question 20** : Idem pour le congé maternité : quelle indemnisation pour les salariées en situation irrégulière cotisantes SECU / congé mater via les prélèvements sur salaire ?
 - **Réponses** : C'est un sujet emploi / URSSAF.

Soins urgents:

- **Question 21** : Quelles sont les conditions de prise en charge des soins en urgence, notamment s'il existe des restrictions relatives au caractère irrégulier de la situation du demandeur ?
 - **Réponse** : Présentation des DSUV en réunion partenaires – 17 mars 2022 ; question à préciser sur le terme 'restrictions relative au caractère irrégulier'.

AME :

- **Question 22** : Serait-il possible que soit inscrit systématiquement le nom de jeune fille et le nom d'épouse ? En fonction des pays, il n'existe, sur les documents officiels, que le nom de jeune fille, et pas le nom d'usage lorsque la personne est mariée. En effet, cela pose problème en termes d'identité pour les dames et de fait d'accès aux soins.
 - **Réponse** : C'est une question qui va être prise en compte par les pilotes métiers AME à la CNAM pour évaluer et prévoir les évolutions le cas échéant.

- **Question 23** : Serait-il possible qu'en tant que service instructeur des demandes d'AME, les PASS (ou service d'hospitalisation), reçoivent la réponse de la caisse sur les dossiers ?
 - Cela nous bloque souvent pour notre travail, notamment s'il y a eu un refus, ou un manque de pièces (délais d'un mois pour les transmettre à la CPAM), cela rallonge d'autant plus le temps de prise en charge du patient en PASS.
 - Par ailleurs, cela ne nous permet pas de pouvoir bien comptabiliser pour nos statistiques le nombre de dossiers acceptés, refusés ou complexes, ou bien de reprendre contact avec le patient afin de réévaluer sa situation (et fournir les pièces si certaines manquent). De nombreux patients ne savent pas lire les courriers et ne reviennent pas toujours vers nous, voir dans certains cas ne reçoivent pas le courrier (problème de nom sur la boîte aux lettres...).

Dans la mesure où c'est l'assistante sociale qui lance les démarches et qu'elle a un devoir de confidentialité/secret professionnel, nous ne comprenons pas en quoi cette information serait confidentielle au nom du respect du RGPD?

- **Réponse** : La réponse est fournie à l'assuré, même quand il s'agit de demandes de pièces complémentaires.
- **Question 24** : Pourrions-nous recevoir une copie du courrier de retrait de la carte AME des patients suivis PASS – également pour faciliter l'orientation vers le droit commun ?
 - **Réponse** : Le courrier est envoyé à la personne bénéficiaire de l'AME uniquement.
 - **Question 25** : Qu'en est-il du délai lorsqu'une personne s'absente pour des raisons personnelles quelques semaines du territoire et qu'il y a un renouvellement de demande d'AME à faire.

=> Faut-il attendre à nouveau six mois pour redéposer une demande (les trois premiers mois seraient considérés comme situation régulière sur le territoire, puis les trois suivants comme situation irrégulière) comme pour une première demande ?

Ou le fait de revenir en France, est considéré toujours comme une situation irrégulière et à ce moment-là, il est alors nécessaire d'attendre trois mois pour déposer l'AME à partir du retour sur le territoire ?

En effet, de nombreuses personnes se retrouvent à nouveau sans droits et reviennent sur les PASS, ce qui pose le problème d'une augmentation du flux de patients sur les PASS.

 - **Réponse** : Pour obtenir un renouvellement de l'AME, l'intéressé doit remplir les mêmes conditions que pour une primo-attribution (notamment résider en France en situation irrégulière depuis 3 mois) et fournir les justificatifs habituels.
 - **Question 26** : Est-il possible pour un européen inactif, d'obtenir une AME en l'absence du formulaire S1 car la personne n'arrive pas à fournir ce document ?
 - **Réponse** : Le formulaire de fin de droits (pas S1) est nécessaire pour l'instruction du dossier. Si l'europpéen inactif ne dispose pas de ce formulaire, il réalise tout de même sa démarche d'affiliation auprès de sa CPAM. L'Assurance Maladie du pays européen d'origine de la personne sera alors contactée par l'Assurance maladie française pour obtenir ce formulaire.
 - **Question 27** : Pourquoi les personnes que nous accompagnons au sein de la PASS reçoivent-elles de façon récurrente des courriers de la sécurité sociale indiquant que leur AME a été

refusée, alors que quelques jours plus tard, celle-ci est finalement ouverte sur l'espace de la sécurité sociale ?

- **Réponse :** Question à préciser, avec nom de l'assuré puis contacter avec le référent partenaires de la caisse d'affiliation.
- **Question 28 :** Lors d'un refus d'AME pour dépassement de plafonds, dans certains cas il n'est pas expliqué l'origine de la somme indiquée, cela complexifie une demande de recours car le patient ne sait pas comment expliciter qu'il n'a pas perçu les sommes indiquées.
 - **Réponse :** Question à préciser.

ACCÈS AUX DROITS PUMA :

- **Question 29 :** Certaines personnes n'arrivent pas à obtenir des extraits d'actes de naissances de moins de trois mois, ou ne disposent pas d'extrait d'acte de naissance.
=> Est-il possible de leur ouvrir des droits malgré l'absence de ce document ou s'il est plus ancien que trois mois ? Un numéro provisoire peut-il leur être attribué ?
 - **Réponse :** Si nous comprenons bien votre question, vous pouvez vous référer à la présentation des NIA que nous vous avons faite lors de la réunion partenaires du 24 novembre 2022, page 21.

FOCUS SUR LE DISPOSITIF NIA

Procédure de suivi du NIA :

Un NIA peut être attribué sur la base d'une seule pièce justificative ; cependant, la fourniture de la 2^{ème} pièce est nécessaire à la certification de l'identité. Un suivi attentionné, prévu par le décret, est réalisé en cas de 2^{ème} pièce manquante :

- 3 mois après la création du NIA : relance de l'assuré pour l'obtention de la 2^{ème} pièce,
- 6 mois après la création du NIA : relance + suspension des droits,
- 9 mois après la création du NIA : fermeture des droits, et réclamation des indus.

Suite à la mise en place du NIA dans le système d'Information de l'Assurance Maladie : mise en œuvre d'un projet de résorption du stock des NNP présents, pour lesquels la demande d'immatriculation n'a pas abouti.

Dans le cas des NNP créés avant le déploiement du dispositif NIA dans notre SI, pour permettre l'attribution d'un NIR certifié (bénéficiaires de l'AM en situation régulière), et restés en attente d'une PJ, les pièces manquantes sont réclamées afin de permettre à la procédure d'identification d'aboutir, en application du décret de mars 2022.



- **Question 30 :** Pourrions-nous recevoir une copie des attestations d'ouverture de droits (PUMA+C2S) des patients suivis PASS – pour notamment faciliter leur orientation vers le droit commun ? pharmacie de ville – médecins – examens – urgences - établissements de soins...
 - **Réponse :** A nouveau, l'attestation sera fournie à l'assuré.
- **Question 31 :** Les personnes ayant des droits ouverts à la sécurité sociale (PUMA + CSS) mais se voyant refuser leur titre de séjour peuvent-elles continuer à utiliser ces droits sociaux ? Si oui, jusqu'à quand ? Quel est le délai ? Si non, risquent-elles de devoir rembourser les soins qui ont été pris en charge pendant cette période d'ouverture de droits ?

- **Réponse** : voir ci-dessous.
- **Question 32** : Comment faire lorsqu'une personne arrive en fin de validité de sa CSS mais qu'il n'a plus de justificatif d'identité valide (titre de séjour expiré) pour pouvoir faire le renouvellement ? Faut-il faire une demande d'AME ? Est-ce possible de couper les droits PUMA qui eux durent plus longtemps ?
 - **Réponse** : Les assurés affiliés à la PUMa sur critère de résidence bénéficient d'un maintien de leur droit à la prise en charge des frais de santé de six mois à compter de la date de fin de validité de leur titre de séjour. Il est possible de déposer une demande de renouvellement C2S dans cette période. Si une procédure de contrôle des droits est engagée, faute d'actualisation du titre de séjour, la demande sera refusée dès lors qu'une fermeture des droits est notifiée. Une demande d'AME peut alors être déposée, sans attendre la fermeture effective des droits (qui intervient 45 jours après la notification de fermeture).

CONVENTION PASS – CPAM :

- **Question 33** : Intérêt de la convention PASS : quelle plus-value aujourd'hui pour les PASS ?
 - **Réponse** : Construction d'une collaboration et structuration des échanges (via Espace Partenaires notamment). Les détails de la plus-value sont fournis dans le cahier des charges des PASS hospitalières => INSTRUCTION N°DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022.
- **Question 34** : Serait-il possible d'avoir un accès – Espaces Partenaires spécifique PASS permettant une étude et un traitement des dossiers plus rapides (priorisation) ?
 - **Réponse** : Il n'y a pas de priorisation d'un dossier plus qu'un autre. En revanche, si la situation d'un patient est très urgente, il faut le noter dans les commentaires Espace Partenaires et la caisse le prendra en compte.
- **Question 35** : Pourriez-vous améliorer le logiciel Espace Partenaires : barre de recherche plus rapide et plus simple d'utilisation, nécessité d'un effet ping-pong ?
 - **Réponse** : Ces deux demandes seront incluses dans la prochaine version d'Espace Partenaires.
- **Question 36** : Pourrions-nous avoir un accès téléphonique spécifique PASS pour les situations d'urgence ?
 - **Réponse** : La relation partenariale est à organiser localement avec les référents partenaires des caisses. N'hésitez pas à les contacter et à décrire vos besoins.

CNAM :

- **Question 37** : Existe-il au sein de la CNAM une base de données compilant les demandes d'Aide Médicale d'Etat en cours d'examen ? (Nombre de pertes/égarement de dossiers important et selon notre CPAM aucune visibilité de l'instruction des demandes car le système informatique ne permet pas de visualiser les dossiers de demandeurs tant qu'ils n'ont pas d'immatriculation provisoire).
 - **Réponse** : La CNAM ne dispose pas de cette base.

Oncologie Toulouse :

- **Question 38** : Problème de prise en charge oncologique sur Toulouse : l'Oncopole refuse de prendre en charge les patients sans droits.
 - **Réponse** : Question à préciser.

MEDECINS DU MONDE

Question 39 : Les équipes de Médecins du Monde ont identifié des difficultés d'accès ou de renouvellement l'aide médicale de l'Etat pour les personnes travailleuses du sexe en situation d'hyper-mobilité géographique sur le territoire français. Changeant de département plusieurs fois par an, elles peinent à obtenir le justificatif d'adresse et/ou de domiciliation nécessaire à la constitution de leur dossier de demande, ce qui leur empêche de faire valoir leur droit et entraîne du non-recours aux soins.

= > Quelles solutions pourraient être mises en œuvre par la CNAM pour répondre à cette difficulté, et faciliter l'accès à l'AME et aux soins pour un public exposé à d'importantes vulnérabilités en santé ?

Réponse : Il convient de rappeler le principe déclaratif de l'adresse. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'orienter les personnes concernées vers le dispositif de domiciliation dès lors que celles-ci disposent d'une adresse pour l'ouverture de leurs droits.

Une personne qui se trouve sans domicile fixe au moment de sa demande d'AME doit élire domicile, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS – CIAS), soit auprès d'un organisme agréé par le préfet (Art.L252-2 CASF).

Pour répondre à la problématique des délais d'obtention d'une attestation de domiciliation, il est possible de déposer une demande d'AME parallèlement à la demande d'élection de domicile. L'attestation sera fournie dans un 2ème temps. Voir la circulaire CIR-2/2023 à ce sujet.

Question 40 : Les équipes de Médecins du Monde sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès à l'AME pour des mineur.es non accompagné.es n'ayant pas été reconnu.es mineur.es à la suite d'une évaluation menée par un département. Si la circulaire CNAM CIR-2/2023 du 20 janvier 2023 précise, en reprenant la note d'information interministérielle n°DGS/SP1/DGCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022, que « les personnes se déclarant MNA et dont la minorité et l'isolement familial sont en cours d'évaluation et qui n'ont pas fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire, peuvent bénéficier sans délai de l'aide médicale d'Etat (AME) », rien n'est prévu pour les mineur.es dont la minorité n'a pas été établie, si ce n'est que « il n'y aura pas de démarches supplémentaires à effectuer auprès de la caisse d'assurance maladie car le droit à l'AME reste ouvert durant une période d'un an à compter de la date de dépôt de la demande ».

Or, rare sont les départements ou services d'accueil des MNA qui ouvrent des droits à l'AME pendant l'évaluation de l'âge et de l'isolement, ce qui fait que nombre d'entre eux se retrouvent sans couverture maladie lorsqu'il.elles sortent des dispositifs de mise à l'abri à la suite d'une décision de non-admission à l'ASE. A titre d'illustration, une enquête menée à Paris entre octobre et novembre 2023 auprès de MNA non reconnu.es mineur.es souligne que « 95 % des jeunes en recours de minorité rencontrés déclarent n'avoir aucune couverture maladie » (page 24).

Par ailleurs, il n'est pas rare que des CPAM refusent d'ouvrir des droits à l'AME pour des MNA non pris en charge, en leur opposant une durée de présence de 3 mois comme pour les personnes majeures. D'autres réclament des pièces justificatives complémentaires non prévues par la loi, comme la décision de non-admission à l'ASE.

= > Est-il possible de prévoir une communication sur ce point ou une position de la CNAM par rapport à l'accès à l'AME des MNA non reconnu.es mineur.es qui clarifie ces situations, en reprenant par exemple la formulation de la circulaire DSS/2A n°2011-351 du 8 septembre 2011 qui précisait bien que pour les MNA « sans aucune attache, sans prise en charge par une structure quelconque, ils bénéficient également de l'AME en leur nom propre », et ce dès leur arrivée sur le territoire ?

Réponse : Si la demande d'évaluation de la minorité du MNA par le département dure plus d'une année, un renouvellement de l'AME sera à réaliser pour que le MNA soit couvert pendant toute la durée de l'évaluation.

Lorsque la reconnaissance de la minorité est refusée, la demande d'AME doit être étudiée selon les conditions appliquées aux majeurs. Sur ce point voir la circulaire interministérielle du 25/01/2016 (<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=40501>)

Question 41 : Les équipes de Médecins du Monde ont identifié de manière récurrente auprès de pharmacies situées dans différents départements du territoire français des pratiques d'appel systématique aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAMs) locales pour vérifier que les bénéficiaires de l'AME qui se présentent à l'officine avec une carte en cours de validité ont effectivement des droits ouverts, avant de leur délivrer un traitement. Ces pratiques trouveraient leur origine dans des conseils délivrés par certains syndicats de pharmaciens (recherche d'informations complémentaire en cours).

Les droits à l'AME sont ouverts pour une durée d'un an, avec une date de début et de fin de validité clairement mentionnées sur la carte des bénéficiaires. Dans ce contexte, ces pratiques apparaissent comme un excès de contrôle injustifié, qui conduit à un différentiel de pratiques d'accueil entre les bénéficiaires de l'AME et les autres assuré-es sociaux, et à des pratiques stigmatisantes.

= > Médecins du Monde demande à ce que la CNAM rappelle la réglementation en vigueur à travers un document d'information, sur lequel les personnes concernées et/ou les structures qui les accompagnent pourraient s'appuyer en cas de dysfonctionnements persistants rencontrés auprès de pharmacies.

Réponse : Les professionnels libéraux tout comme les établissements de santé disposent d'outils de consultation des droits. En cas de déphasage, ils peuvent être amenés à reconfirmer les données de la carte AME avec la caisse, avant de délivrer les produits.

Si des consignes syndicales visant à restreindre l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME existent, il faudra transmettre les documents ou éléments probants en vue d'étudier les moyens d'action.

Question 42 : Dans plusieurs départements, tels que les Alpes-Maritimes (06), les Bouches-du-Rhône (13), la Meurthe-et-Moselle (54), Paris (75) ou encore la Seine-Saint-Denis (93), les équipes de

Médecins du Monde ont identifié des refus de demande de renouvellement d'AME, au motif que les personnes concernées ne justifient pas « de la condition de résidence ininterrompue sur le territoire français depuis plus de trois mois ».

Or, la circulaire DGAS/DSS/DHOS du 27 septembre 2005 en son paragraphe 2.5 précise que « la demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer, au sens du g du 2° de l'article 4 du décret n°2005-860, que la condition de résidence ininterrompue pendant trois mois est remplie ».

Certains refus concernent par ailleurs des personnes qui ont eu recours à leur carte AME pour une prise en charge de leur frais de santé durant l'année précédente. Certaines CPAMs, comme celle de Paris, refusent des demandes de renouvellement au motif que « [la] carte AME comporte un seul et unique soin [durant la dernière année], il faut deux soins dans la période ».

Le même décret n°2005-860, article 4, alinéa 2°, g mentionne que la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois peut par ailleurs être attestée par « tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie ».

= > Médecins du Monde demande à ce que la CNAM rappelle la réglementation en vigueur à travers un document d'information aux CPAMs, afin de mettre un terme à ces refus abusifs au regard du cadre réglementaire.

Réponse : Les pièces à fournir à l'appui d'une demande d'AME sont identiques, qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement. Une liste des pièces justificatives a été fournie à plusieurs reprises. Si aucun document de cette liste ne peut être fournie, il reste possible de produire d'autres éléments dont la recevabilité sera examinée au cas par cas.