

LETTRE-RÉSEAU

LR-DDO-22/2008

Document consultable dans Médi@m

Date :

30/01/2008

Domaine(s) :

Management organisation

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input checked="" type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Harmonisation des modalités
de gestion de l'AME

Liens :

LR-DDGOS-76/2006

LR-DDGOS-9/2006

Plan de classement :

112 25

259

Emetteur(s) :

DDO/DDGOS

Pièces jointes : 14

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CRAM | <input type="checkbox"/> URCAM |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input type="checkbox"/> Régionaux | <input type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Cette lettre réseau présente les procédures, outils et consignes issues du travail du groupe composé de 5 caisses d'Ile de France. L'ensemble des éléments contenus dans ce document doit être appliqué au plus tard le 30 avril 2008.

Mots clés :

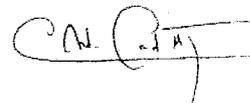
Aide médicale de l'Etat, AME

Le Directeur Délégué
à la Gestion et à l'Organisation des Soins

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Jean-Marc AUBERT



Olivier de CADEVILLE

Procédure applicable en cas d'absence totale de ressources : Au regard des précisions apportées ci-dessous, les déclarations de ressources à « zéro » sont en principe à prohiber.

Toutefois, lorsque les caisses sont amenées à en recevoir, la procédure suivante doit être mise en œuvre :

- en cas de première déclaration de ressources à « zéro », le dossier est considéré comme incomplet et est retourné systématiquement au demandeur pour solliciter des informations complémentaires (cf. modèles de courrier).

Exception : dossiers constitués par les CCAS et associations partenaires, dès lors que ces derniers ont été dûment informés par la caisse des conditions d'attribution de l'AME, et notamment des modalités de justification des ressources.

Dans toute la mesure du possible, ces précisions doivent être sollicitées au cours d'un entretien individuel.

- en cas de deuxième déclaration de ressources à « zéro », le dossier est accepté en l'état, sauf si la caisse estime qu'il demeure des incohérences manifestes (disproportions avec le train de vie) dans les déclarations du demandeur. Dans ce cas, la demande aboutit à un refus pour incohérence entre les ressources déclarées et les ressources constatées (cf. modèles de courriers).

3. Renouvellement des droits

Continuité des droits : Les CPAM et CGSS doivent inviter les demandeurs à effectuer leurs démarches de renouvellement deux mois avant l'expiration de la période d'ouverture de droit.

Un modèle de courrier a été élaboré en ce sens et devrait être prochainement envoyé par Esope trois mois avant l'échéance des droits.

Par ailleurs, comme c'est le cas pour la CMU complémentaire, il est admis de ne pas procéder à une rupture de droits dès lors que l'intéressé a formulé sa demande de renouvellement dans le mois qui suit la date d'expiration des droits AME.

Condition de résidence : Les caisses doivent contrôler l'effectivité de la condition de résidence au moment du renouvellement des droits, contrairement aux indications de la circulaire ministérielle n°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 (partie 2.5).

Les justificatifs admissibles sont les mêmes que lors d'une première demande, dès lors que ces derniers ne sont pas antérieurs de douze mois au plus par rapport à la date de la demande (cf. partie 1.1.1 sur condition de résidence).

HARMONISATION DES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA REGLEMENTATION**1. Condition de résidence**

Pièces justificatives produites : Les caisses peuvent admettre des documents antérieurs de douze mois au plus par rapport à la date de la demande.

Cas de départ du territoire : Les bénéficiaires de l'AME qui transfèrent leur résidence à l'étranger se voient supprimer le bénéfice de cette prestation au jour du constat de l'absence de résidence en France.

Cette règle s'applique dès lors que l'assurance maladie a, en sa possession, tout document probant attestant de l'effectivité du départ du territoire.

La caisse procède alors à une interruption de droits avec enregistrement d'une date de fin de droits à la BDO et l'édition d'un courrier informant le bénéficiaire de l'interruption de ses droits et de l'obligation de restituer à sa caisse l'attestation de droits « papier » en sa possession. Cette notification doit être transmise au bénéficiaire, soit à son adresse à l'étranger si celle-ci est connue par la caisse, ou, à défaut, à sa dernière adresse en France.

Lorsque les caisses sont amenées à interrompre les droits du demandeur en cours d'année pour cessation de résidence en France, elles doivent être vigilantes à l'égard des autres membres du foyer qui pourraient éventuellement demeurer sur le territoire.

Si tel est le cas, la personne majeure doit alors être invitée à déposer une nouvelle demande d'AME pour elle-même et ses enfants à charge. En cas d'acceptation, les droits prennent effet au jour de l'interruption des droits du bénéficiaire ayant quitté le territoire français.

2. Condition de ressources

Pièces justificatives produites : Il est rappelé que, conformément à l'article 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005, le demandeur et ses personnes à charge doivent justifier de leurs ressources au moyen d'un document retraçant leurs moyens d'existence et leur estimation chiffrée.

Il peut donc s'agir :

- soit du formulaire de demande (S 3720) dûment complété et signé par le demandeur,
- soit d'une déclaration annexe, datée et signée, détaillant le montant des ressources perçues en France et à l'étranger au cours des douze derniers mois précédant la demande.

4. Dispense d'avance des frais

L'article L.251-2 du code de l'action sociale et des familles fixe le principe de la dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de l'AME.

Cette obligation doit être rappelée chaque fois que nécessaire aux professionnels de santé et établissements de santé qui refuseraient de la mettre en œuvre.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire de l'AME ou un tiers (administration ou association à vocation sociale) ont été contraints de faire l'avance des frais pour obtenir des soins ou des produits médicaux, la caisse peut, à titre dérogatoire, procéder à un remboursement des frais occasionnés.

Les sommes avancées font toutefois l'objet d'un remboursement exclusivement sur le compte bancaire ou postal au nom du bénéficiaire ou du tiers mentionné ci-dessus dans les conditions fixées par l'article R. 362-1 du code de la sécurité sociale, sur présentation d'une « autorisation de rembourser à une autre personne que l'assuré » et d'un relevé d'identité bancaire.