

LETTRÉ-RÉSEAU
LR-DDO-198/2015

Document consultable dans Médi@m

Date :
18/12/2015
Domaine(s) :
dossier client assurés

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

Objet :
Mise en œuvre de la Protection Universelle MALadie (PUMA)

Liens :

Plan de classement :
P01

Emetteur(s) :
DDO-DDGOS

Pièces jointes : 8

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CARSAT
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input checked="" type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La mise en œuvre de la Protection Universelle MALadie (PUMA) est introduite par l'article 59 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016. Cette réforme vise à garantir la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé (droits permanents) et permettre une gestion individualisée des assurés majeurs tout au long de leur vie (suppression des ayants droits majeurs) quels que soient leurs changements de statut professionnel, familial ou géographique (simplification des démarches de mutation). Cette LR présente l'ensemble des impacts de la PUMA sur les dispositifs existants ainsi que les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre.

Mots clés :

PUMA, affiliation, gestion des bénéficiaires, GDB, ayant-droit, droits de base, ouverture des droits, contrôle résidence

Le Directeur Général



Nicolas Revel

LETTRÉ-RESEAU : LR/DDO/198/2015

Date : 18/12/2015

Objet : Mise en œuvre de la Protection Universelle MALadie (PUMA)

Affaire suivie par :

Référent juridique : Brigitte Tolla, brigitte.tolla@cnamts.fr
Référent gestion des droits : Pierig Pouliquen, pierig.pouliquen@cnamts.fr
Référent consignes métier : Karine Fauqueux, karine.fauqueux@cnamts.fr
Référent Vitale : Pascale Montiel, pascale.montiel@cnamts.fr
Référent Mutations : Christophe Ruel, christophe.ruel@cnamts.fr

La mise en œuvre de la Protection Universelle MALadie (PUMA) est prévue par l'article 59 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016.

Cette réforme vise à renforcer pour les assurés la continuité et l'effectivité de la prise en charge de leurs « frais de santé » - notion qui remplace celle de prestations en nature.

A partir du 1^{er} janvier 2016, la prise en charge des frais de santé est possible pour deux grandes catégories de personnes : celles qui exercent une activité professionnelle et celles qui ont une résidence stable et régulière en France. Cette distinction (personnes qui travaillent / personnes qui résident en France de façon stable et régulière) remplace les différents statuts qui existaient auparavant.

La réforme s'inscrit ainsi dans le prolongement de la logique de la création de la CMU-B (loi du 27 juillet 1999) qui pour la première fois ne faisait pas de l'activité professionnelle le seul critère d'affiliation. Avec la mise en œuvre de la PUMA, la CMU de base disparaît car elle est absorbée dans la catégorie « personne résidant en France de façon stable et régulière ».

La continuité des droits s'accompagne d'une simplification des cas de changements de situation. La réforme conduit ainsi à supprimer la notion d'ayants droit majeurs et fait disparaître la notion de maintien de droits. Parallèlement les démarches de mutations vont être facilitées.

A partir du moment où les assurés sont majeurs, ils sont affiliés en propre (soit sur critère professionnel, soit sur critère de résidence). Cela signifie que le concept « d'ayant droit » ne concerne plus que les mineurs rattachés à leurs parents. Tous les autres « ayants droit » majeurs vont

progressivement être affiliés en propre. Pour les mineurs, la réforme introduit la possibilité pour les enfants de se voir délivrer une carte vitale à partir de 12 ans.

La prise en charge n'est pas limitée dans le temps.

Au-delà de ces changements importants, cette réforme est prévue « à droit constant » : elle ne modifie pas les droits des assurés, elle ne remet pas en cause le rôle des différents régimes d'assurance maladie (pour les actifs, c'est l'activité professionnelle qui continue de déterminer le rattachement à un des régimes d'assurance maladie) ; elle s'applique dans le cadre des règles des conventions internationales et des règlements européens (les règles existantes en matière de prise en charge des travailleurs migrants qu'ils soient permanents ou de passage tant pour l'UE/EEE ou Suisse qu'hors UE ne sont pas modifiées).

Un des principaux enjeux de la réforme pour le réseau est de mettre en place de nouvelles procédures de contrôle pour maîtriser les étapes d'entrée et de sortie du dispositif, notamment en redéployant les contrôles administratifs actuels vers le contrôle du double critère professionnel et de résidence. Les modalités de contrôle seront inscrites dans un référentiel UNCAM et reposeront sur des échanges d'informations dans la sphère sociale et avec la DGFIP et l'AGDREF.

La présente Lettre réseau aborde :

I – La présentation générale de la PUMA et de son cadre juridique

II – La gestion en droits permanents

III – Les consignes d'affiliation et le contrôle des droits à la prise en charge des frais de santé

III – L'offre de service pour l'attribution d'une carte vitale aux enfants de 12 ans

IV – L'optimisation des mutations

V – Les actions de communications vers les assurés

VI – L'accompagnement réseau

La partie I présente l'ensemble des impacts de la PUMA sur les dispositifs existants.

Les parties suivantes précisent les modalités opérationnelles de la mise en œuvre de la PUMA.

ANNEXES

1. Tableau des situations avant / après la PUMA
2. Imprimé provisoire d'affiliation sur critère de résidence
3. Liste des petits régimes basculés ou non en régime semi permanent
4. Fiche consignes Règles de prise en charge des frais de santé et consignes de saisie en BDO : pour le critère d'activité professionnelle
5. Fiche consignes Règles de prise en charge des frais de santé et consignes de saisie en BDO : pour le critère de résidence stable et régulière
6. Courrier « accord renouvellement CMU de base »
7. Fiche consignes pour la bascule des ayants droit majeurs en assurés :
 - 7.1 Courrier pour la bascule des ayants droit majeurs avec carte Vitale 1
 - 7.2 Courrier pour la bascule des ayants droit majeurs avec carte Vitale 2
 - 7.3 Courrier de demande de pièces justificatives
8. Dépliant Carte Vitale

I – Présentation générale de la PUMA et de son cadre juridique

La mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} janvier 2016 sera conditionnée par la publication d'un décret en Conseil d'Etat et d'un décret simple dès la promulgation de la LFSS.

Le décret en Conseil d'Etat adapte réglementairement le dispositif de protection universelle maladie et précise également les modalités d'application de la cotisation forfaitaire due par les étudiants.

Le décret simple apporte des précisions sur les droits des assurés : droit d'option d'une personne sans activité professionnelle pour le régime de son conjoint, possibilité pour un mineur de 16 ans de devenir assuré, conditions de prise en charge des frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle par les organismes de sécurité sociale. Il définit la condition de stabilité de la résidence pour les personnes qui sont accueillies pour la 1^{ère} fois sur le territoire.

D'autres textes à venir préciseront notamment les modalités de cotisation, la régularité de séjour, les délégations de gestion des mutuelles.

L'article 59 du PLFSS prévoit que l'ensemble des dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé sera regroupé dans un chapitre préliminaire nouveau au livre premier du code de la sécurité sociale. Un toilettage des textes existants est en cours avec intégration dans la partie réglementaire de dispositions encore actuellement dans la partie législative.

I.1 – La prise en charge des frais de santé

L'article 59 supprime les conditions d'ouverture de droits actuelles aux prestations en nature et la notion d'ayant droit majeur. Les droits ne sont pas limités dans le temps, il y a donc suppression de la notion de maintien de droits pour les frais de santé.

Les prestations en nature deviennent les frais de santé en cas de maladie et en cas de maternité. Les conditions pour bénéficier de cette prise en charge sont : exercer une activité professionnelle OU résider en France de façon stable et régulière.

Le mot « France » désigne le territoire métropolitain, la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique, Réunion, Saint Barthélemy, et Saint Martin.

Au niveau des imprimés :

- Les imprimés S3137 (Attestation sur l'honneur de recherche d'emploi), S3182 (Attestation de la qualité d'ayant droit), S3706 (Demande de rattachement à un assuré des ayants droit autres que les enfants) et S3710 (CMU-B) seront supprimés.
- Les imprimés S1104 (Déclaration de changement de situation), S3180 (Demande de capital décès) et S3705 (Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés) seront modifiés.

Deux nouveaux imprimés sont créés : l'un relatif à l'affiliation sur critère de résidence et l'autre relatif au droit d'option des conjoints. Le premier est joint en annexe 2, cet imprimé est provisoire et il est appelé à évoluer. Les caisses en seront tenues informées, le second sera transmis dans les meilleurs délais.

I.1.1 - La prise en charge des frais de santé sur critère d'activité professionnelle

L'affiliation sur critère d'activité professionnelle est définie dans un nouvel article L. 111-2-2 et permet d'affilier quel que soit leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

b) Une activité professionnelle non salariée ;

2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales. »

L'affiliation sur activité professionnelle est acquise dès la prise en compte de la première heure travaillée de l'assuré (hors étudiants). Il n'y a plus lieu de considérer la présomption de droit pendant 18 mois à l'entrée dans le salariat.

L'activité professionnelle, sans condition de durée, détermine le rattachement à un régime donné d'assurance maladie pour les actifs et les chômeurs.

Le bénéfice de la couverture offerte par les régimes locaux du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle, qui assurent des prestations servies en complément de celles des régimes obligatoires de base, aux ayants droit des salariés agricoles et non agricoles, est maintenu.

S'agissant des mutations inter régimes et de la polyvalence :

Le dispositif PUMA ne remet pas en cause l'architecture des différents régimes et le rôle des différents gestionnaires.

En cas de changement d'activité professionnelle, si l'assuré passe d'un régime d'affiliation à un autre (**Mutation**) : la prise en compte des périodes antérieures sert uniquement pour l'examen des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces dans le nouveau régime.

Le dispositif de coordination inter régimes prévu à l'article L. 172-1 A et aux articles issus du décret n° 2009-523 du 7 mai 2009 qui a pour objet d'assurer une continuité dans l'examen des droits aux prestations par la prise en compte des périodes accomplies dans le précédent régime d'affiliation ne vise plus la prise en charge des frais de santé.

En cas d'exercice de plusieurs activités professionnelles, si l'assuré est affilié à plusieurs régimes (**Polyactivité**) : la PUMA ne remet pas en cause les règles. Elle les étend à l'ensemble des régimes, y compris au régime des salariés agricoles.

Les règles de rattachement pour la prise en charge des frais de santé sont reprises et restent inchangées sur le fond : les frais de santé sont versés en continuité par le régime d'affiliation initial, peu importe que l'activité soit principale ou non, sauf demande contraire de l'assuré, sur la base du formulaire de droit d'option polyvalence.

A noter que la prise en charge des frais de santé en cas de polyvalence avec le régime des non-salariés agricoles (MSA exploitants agricoles) est assurée par le régime dont relève l'assuré au titre de son activité principale, sauf option contraire.

I.1.2 - La prise en charge des frais de santé sur critère de résidence stable et régulière

Les personnes qui ne travaillent pas bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de santé dès lors qu'elles justifient de leur identité et d'une résidence stable (3 mois) et régulière en France.

L'affiliation sous critère de résidence sera gérée par les autres régimes (RSI, MSA...) pour leurs propres ressortissants sans activité professionnelle.

Si la personne arrive pour la 1^{ère} fois en France, sans avoir d'activité professionnelle et sous réserve de remplir la condition de résidence stable et régulière, elle est rattachée au régime général.

Si la personne revient en France sans avoir d'activité professionnelle, mais a déjà travaillé en France auparavant, elle est rattachée au régime dont elle dépendait antérieurement, sauf si elle était affiliée à un régime spécial, auquel cas, ce sera le régime général.

Ce qui est conservé

Les notions de foyer permanent et de lieu de séjour principal pour assurer le contrôle de l'effectivité de la condition de résidence ;

Le délai de trois mois pour l'affiliation ;

- La non-opposabilité du délai de trois mois de résidence pour certaines catégories de population : demandeurs d'asile, bénéficiaires de prestations familiales, d'aide au logement, retour en France des volontaires internationaux à l'étranger. **Une catégorie est ajoutée** : le conjoint ou partenaire PACS qui rejoint un assuré social au titre du regroupement familial.
- La gestion des frontaliers suisses par le régime général au titre de la résidence.

Ce qui est supprimé

- La CMU de base.

I.1.3 - La prise en charge des frais de santé des pensionnés et bénéficiaires de rente

Les retraités resteront affiliés au régime dans lequel ils ont exercé leur activité professionnelle.

L'ensemble des titulaires d'une pension de retraite française résidant à l'étranger pourra être pris en charge lors de leur séjour temporaire en France sans condition de résidence ou de minimum de durée d'assurance.

Il en est de même pour les titulaires de pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français, les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu des dispositions de la législation AT/MP applicables aux professions non agricoles, les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité servie par un ou plusieurs régimes de base français.

Pour les retraités d'une pension française, de nationalité étrangère, vivant à l'étranger, il n'est donc plus nécessaire de justifier d'une durée d'assurance d'au moins 15 ans et d'une carte de séjour « retraité » pour des soins immédiats lors de leur séjour temporaire en France.

S'agissant des polyensionnés, les règles de rattachement pour la prise en charge des frais de santé sont également reprises et restent inchangées : le polyensionné bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé dans celui des régimes dont il relevait jusqu'à la date à laquelle a débuté sa situation de cumul. Il peut néanmoins opter pour l'un des régimes auxquelles il est nouvellement affilié (sauf au titre d'une pension de réversion).

Les cas de figure suivants peuvent être envisagés :

- le polyensionné perçoit ses pensions en même temps (même date d'effet) et dans cette hypothèse les frais de santé sont pris en charge par le régime dont il relevait au moment où il a perçu l'ensemble de ses pensions de retraite (« cumul » de pension de retraite), autrement dit au moment où il devient retraité : on comprend qu'il s'agit de son dernier régime d'activité.

- le polyensionné perçoit ses pensions successivement et dans cette hypothèse les frais de santé sont pris en charge par le régime duquel il perçoit une pension au moment du cumul : il s'agit du régime qui lui a servi sa première pension.

Dans ces cas, le polyensionné bénéficie d'un droit d'option comme pour les polyactifs (exercé dans les mêmes conditions) sur la base du formulaire « droit d'option ».

A noter que l'option, au titre de la perception d'une pension, pour un des régimes spéciaux relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24, est réservée aux assurés justifiant d'une ancienneté minimale, en tant qu'actif, de quinze années dans ce régime.

1.1.4 – La prise en charge des frais de santé dans le cadre des relations internationales

La PUMA ne modifie pas les dispositions réglementaires existantes applicables aux migrants qu'ils soient permanents ou de passage tant pour l'UE/EEE ou Suisse qu'hors UE.

Cependant il reste à étudier les impacts de la disparition de la qualité d'ayant droit majeur, de la suppression du maintien de droit et des modalités d'application de la totalisation des périodes d'emploi, d'assurances et de résidence dans les règlements communautaires.

Une lettre-réseau est en cours de préparation concernant la gestion du formulaire S1 dans le sens France/UE/EEE/ou Suisse et UE/EEE ou Suisse/France. En tout état de cause, les conditions d'examen de la condition de régularité de séjour des communautaires inactifs demeurent.

A noter que bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé :

- Les membres de la famille¹ d'un travailleur détaché,
- Les membres du personnel diplomatique et consulaire, les fonctionnaires de la France et personne assimilée en poste à l'étranger ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent,
- Les membres de la famille d'un assuré du régime français qui ne résident pas en France, (selon les modalités prévues dans les conventions internationales ou règlements européens).

¹ Par membre de la famille, on entend le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, les enfants mineurs à leur charge, et jusqu'à l'âge limite de 20 ans : les enfants qui poursuivent leurs études et les enfants qui sont par suite d'infirmité ou de maladie chronique dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié. Le texte demeure pour les collatéraux et ascendants, descendants.

1.2 – La cotisation sur critère de résidence

La disparition d'une affiliation au titre de la CMU-B et de l'identification de la population sous ce statut, en faveur d'une logique de couverture universelle, conduit à ajuster les conditions d'assujettissement pour les personnes dorénavant affiliées sur critère de résidence.

Le calcul de la cotisation est confié à la branche recouvrement.

Pour information, sont exposées ci-dessous les nouvelles modalités de calcul.

- Sont redevables de la cotisation PUMA les personnes qui à la fois ne perçoivent pas de revenus d'activité (ou dont les revenus d'activité sont inférieurs à 3 861 € (soit le seuil de 10 % du plafond de la sécurité sociale (PASS) en 2016), et dont les revenus du capital sont supérieurs à un plafond (correspondant à l'actuel plafond de la CMU-b de 9 611€ en 2016).
- Sont exonérées de cette cotisation les personnes percevant des revenus d'activité supérieurs à 3 861 € ou dont le conjoint, marié ou pacsé perçoit des revenus d'activité supérieurs à ce seuil, puisqu'ils cotisent par ailleurs à l'assurance maladie au titre de leur activité professionnelle (que celle-ci soit issue d'une activité indépendante ou salariée). De même, les chômeurs et retraités n'ont pas à payer la cotisation PUMA. Les étudiants sont redevables pour leur part de la cotisation forfaitaire étudiante (215 € en 2015) à partir de l'année de leurs 20 ans.

Les informations servant à déterminer si l'assuré doit ou non, payer la cotisation, sont directement transmises par l'administration fiscale à l'ACOSS qui sera en charge du calcul de la cotisation,

En termes de calendrier, la cotisation est calculée et recouvrée l'année suivant celle au titre de laquelle elle est due. De ce fait, la cotisation au titre de l'année 2016 sera déterminée en 2017, l'exercice 2016 constituant une « année blanche ».

Ce qui est conservé

- Le dispositif applicable aux travailleurs et aux pensionnés frontaliers de la Suisse (identification de la population par la CNAMTS et transmission par échange informatique à l'ACOSS).
- La CMU-C. Le dispositif CMU-C n'est pas impacté par la PUMA. Le principe de l'annualité de l'attribution de la CMU-C demeure (Article L 861-5 CSS « Les droits reconnus conformément aux articles L861-1 à L861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable »). La condition de résidence requise pour y prétendre est confirmée.

1.3 – Modalités de contrôle des droits à la prise en charge des frais de santé

Le bénéfice des droits dépend désormais de la vérification du respect du critère d'activité professionnelle ou de la résidence stable et régulière. Par ailleurs, l'enjeu des nouvelles vérifications à mettre en œuvre réside principalement dans la sortie du « dispositif PUMA ».

En effet, alors que les caisses d'assurance maladie disposent d'ores et déjà de procédures de vérification au moment de l'affiliation initiale et de contrôles administratifs ad hoc, elles devront réaliser des vérifications régulières de leur stock d'assurés afin de s'assurer du respect du critère professionnel et de résidence dans la durée.

Les modalités de contrôle seront inscrites dans un référentiel UNCAM validé par l'Etat et opposable à l'ensemble des régimes.

Des évolutions réglementaires, notamment des articles D115-1 et D161-15 du code de la sécurité sociale, sont attendues sur les titres de séjour permettant d'apprécier la régularité du séjour.

1.4 – Le maintien de droit

Le maintien de droit aux prestations en nature disparaît et en conséquence le dispositif de l'AME complémentaire également.

Le maintien de droit aux prestations en espèces et invalidité est conservé (articles L. 161-8 et L. 311-5 CSS) y compris pour :

Les chômeurs non indemnisés (suppression de l'attestation de recherche d'emploi) ;

- Les demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à indemnisation ou ayant repris une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture de droit aux PE.
- Les chômeurs indemnisés, y compris en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture de droit.

Par ailleurs les conditions d'ouverture aux prestations en espèces et invalidité restent inchangées.

1.5 – La qualité d'ayant droit

La qualité d'ayant droit est réservée aux mineurs (article L. 160-2 CSS). Les ayants droit majeurs ont vocation à disparaître d'ici 31/12/2019. Les ayants droit majeurs au 31/12/2015 peuvent, s'ils le souhaitent, acquérir le statut d'assuré, par une simple demande auprès de leur caisse d'assurance maladie.

La qualité d'ayant droit autonome disparaît (abrogation de l'article L. 161-14-1), l'enfant de 16 ans peut demander à devenir assuré à titre personnel.

A noter que l'attribution de la carte vitale est désormais possible à partir de 12 ans sur demande des parents.

Les conjoints, concubins et partenaires d'un pacte civil de solidarité, sans activité professionnelle, ont la possibilité de demander à être gérés par l'organisme dont relève leur conjoint qui exerce une activité professionnelle. Cette règle s'applique également en cas de divorce, séparation ou rupture de PACS, sauf pour les régimes spéciaux. Pour ces derniers, les personnes sans activité ont vocation à être rattachées au régime général dès lors qu'elles ne remplissent plus les conditions pour y demeurer affiliées.

1.6 – Cas particulier des jeunes de plus de 16 ans et des étudiants

1.6.1 – Poursuite d'études dans un lycée ou dans un établissement de formation NON AGREE

La qualité d'assuré est attribuée au 1^{er} jour de la rentrée universitaire de l'année civile de ses 18 ans (et ce même s'il est encore au lycée) au jeune majeur qui poursuit des études secondaires ou des études dans un établissement de formation non agréé. Il est géré par son précédent régime de rattachement et est affilié sur critère de résidence.

Ce qui est conservé : le maintien de la qualité d'ayant droit au jeune de 16 ans qui poursuit sa scolarité dans un établissement secondaire ou des études dans un établissement de formation non agréé. Il reste rattaché au régime de ses parents.

1.6.2 – Sécurité sociale étudiante

La qualité d'assuré est attribuée au 1^{er} jour de la rentrée universitaire de l'année civile de ses 18 ans au jeune majeur qui entame des études supérieures. Il relève de la sécurité sociale étudiante à laquelle il s'inscrit gratuitement.

La qualité d'assuré est attribuée, à partir de 16 ans, au jeune inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur (université, IUT...). Il relève de la sécurité sociale étudiante à laquelle s'inscrit gratuitement.

L'année universitaire s'étend du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante.

Ce qui est conservé : le versement de la cotisation étudiante à partir de 20 ans.

II – Gestion des droits permanents et prise en charge des frais de santé :

Tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé : sans sollicitation des caisses pour obtenir annuellement les pièces justificatives de leur situation, avec des démarches allégées pour obtenir une prise en charge au titre de la résidence et surtout sans rupture dans leur droit en cas de changement de situation.

II.1 – Dès le 1^{er} janvier 2016 : des évolutions du système d'information permettront une gestion des droits non limitée dans le temps

- Les ouvriers de droits : le passage de leur catégorie de petits régimes dits annualisables en petits régimes semi permanents est réalisé.

L'opération consiste à modifier les références des outils de consultation des droits pour la quasi-totalité des catégories d'assurés afin de restituer des droits non limités dans le temps

Il subsiste, cependant, des exceptions au passage en petit régime semi-permanent.

Outre les petits régimes identifiés comme étant à supprimer dans le Guide national de gestion des droits, les petits régimes correspondant aux situations suivantes ne sont pas concernés par la Protection Universelle Maladie :

- o Les assurances volontaires ;
- o Les régimes spécifiques de Mayotte (046 et 047) ;
- o Les migrants qui dépendent du règlement européen ou de conventions internationales ;
- o Les étudiants (250 et 350) pour lesquels les articles L381-4 et L381-8 confirment la limitation sur l'année universitaire ;
- o Les détenus (652 et 656).

La liste exhaustive des petits régimes basculés ou non est fournie en annexe 3.

La modification du paramétrage sera effective au 01/01/2016 pour l'ensemble des applications utilisatrices de la consultation des droits.

Ces évolutions sont réalisées sans modification des durées de droits dans la BDO.

Il est noté que les applicatifs de consultation des droits ne tiendront plus compte des justificatifs d'Ouverture des Droits associés au régime. Seul le positionnement d'une date de fin de régime pourra interrompre le droit.

- Les ayants droit conjoints et **pacés** : ceux-ci bénéficient automatiquement du droit permanent de l'ouvrant droit.
- Les enfants mineurs : ceux-ci bénéficient aussi automatiquement du droit permanent de l'ouvrant droit.
- Pour les ayants droit concubins, descendants, collatéraux, autres : il est nécessaire de procéder à la suppression des dates de fin de justificatifs de droits par requête sur les BDO.

Afin de permettre un ciblage prioritaire des ayants droit dont le justificatif de qualité de bénéficiaire est échu avant le 01/01/2016, il a été défini de positionner une date de fin de justificatif au 01/01/2099 pour ces bénéficiaires. Dans le cas contraire, la date de fin du justificatif ne sera plus valorisée. Aucune mise à jour ne sera visible sous IMAGE.

Il est à noter que lors des opérations de qualité BDO sur les enfants de plus de 21 ans, des consignes de traitement des non répondants ont été données. Elles consistent à créer le bénéficiaire sous la qualité 'AA' avec un justificatif de 1 jour associé à l'invalidation de la carte Vitale. La requête ne pouvant distinguer précisément ces situations, une requête ERASME devra être exécutée au préalable pour les identifier et refermer leur droit. La requête ERASME vous a été communiquée à cet effet par mail aux directeurs le 09/12/2015.

Afin de sécuriser l'opération et d'assurer des droits permanents effectifs au 01/01/2016, le ministère a donné son accord pour réaliser une exécution des traitements anticipée avant la publication des textes.

Ainsi, les tests de présérie ont été réalisés par la CPAM de la Drôme à compter du 09/12/2015 et le traitement concerne aussi les caisses du même couloir BDO via le CSM RAA.

Pour les autres caisses, l'opération sera réalisée entre le 28/12/2015 et le 31/12/2015.

- Pour les anciens ayants droit (qui ne font plus partie du foyer) :

Il est demandé leur passage en priorité au statut d'assuré en propre sur condition de résidence, en effet, il n'est pas compréhensible de réactiver des droits non limités dans le temps pour ces personnes ne faisant plus partie du foyer. Cette action est à organiser en caisse en toute priorité dès le 1^{er} janvier 2016.

II.2 – Dès le début 2016, des évolutions du système d'information permettront une ouverture de droits simplifiée dans les chaînes automatiques de traitement des déclarations employeurs

- Ouverture de droits dès une heure travaillée déclarée pour les traitements des déclarations d'employeurs particuliers dès le 01/01/2016,
- Ouverture de droits dès une heure travaillée déclarée pour les traitements des DADS avec le lancement de la campagne 2016 (DADS 2015) en mars 2016.

Les périodes de droit (2 ans et 1 an de maintien de droit) générées automatiquement en BDO par ces traitements sont conservées dans un premier temps, elles seront potentiellement révisées lorsque les modalités de contrôle de l'activité et de la résidence auront été définies.

Dans ce cadre, les attestations de droit ne sont pas modifiées, elles continuent d'être délivrées pour une période de validité de 6 mois, tout comme les CEAM qui restent délivrées pour 2 ans maximum.

La mise à jour annuelle de la carte Vitale reste nécessaire et sera maintenue a minima jusqu'à fin 2017.

Concernant les téléservices des professionnels de santé et des établissements de santé, la consultation et l'acquisition des droits restent inchangés.

III – Consignes de vérification de la prise en charge des frais de santé

III.1 – Règles d'affiliation des assurés

Les conditions d'OD aux PN actuelles² sont supprimées. La prise en charge des frais de santé dépend désormais du respect du critère d'activité professionnelle ou de résidence stable et régulière.

III.1.1 – Critère d'activité professionnelle et assimilée

En dehors des situations bénéficiant d'une injection de droit automatique, la vérification de cette condition est réalisée au vu d'un contrat de travail ou d'une fiche de paie. Aucune condition de quota d'heures ni de durée minimum n'est requise.

Le bénéfice des droits étant continu, la notion de maintien de droit est supprimée.

La vérification du critère d'activité professionnelle et assimilée doit être réalisée dans le cadre des premières affiliations, des mutations inter régimes et sur présentations spontanées d'un justificatif de la part de l'assuré.

En revanche, il n'est plus utile de vérifier la présence de « droits » (rubrique JOD) dans le cadre des mutations intra régime général.

² 60 heures travaillées ou 60 Smic sur le mois, 120 heures travaillées ou 120 Smic sur les 3 derniers mois, 400 heures travaillées ou 400 Smic sur l'année.

La rubrique JOD doit toujours être complétée. Il ne s'agit plus de connaître la période de droits mais il s'agit de tracer la nature et les dates du justificatif. Cette traçabilité permettra d'organiser la fréquence des contrôles dans le cadre de la mise en œuvre du référentiel national de contrôle.

La saisie Progrès est simplifiée par l'utilisation d'un seul code et d'une durée unique (ODG pour 3 ans). Toutefois, pour les situations bénéficiant d'injection de droit automatique (programme OD cible), en présence d'un contrat de travail ou d'une fiche de paie, la saisie manuelle est identique aux données plaquées (BS 2 ans + 1 an).

Une révision globale du guide OD sera réalisée début 2016 ; dans cette attente, la catégorisation par codes petits régimes est conservée (sauf exceptions listées dans la fiche consignes).

Vous trouverez dans la fiche consignes annexe 4, la liste des situations les plus courantes, les règles de prise en charge et les modalités de saisie à la BDO

III.1.2 – Critère de résidence stable et régulière

La Protection Universelle Maladie se traduit par une extension du critère de résidence stable et régulière et par une réforme des modalités de contrôle de cette condition. Ainsi, la CMU de base est « absorbée » dans un dispositif plus large et disparaît en tant que régime subsidiaire.

A noter : le mécanisme de cotisation tel qu'il était mis en œuvre avec la CMU de base disparaît également (en dehors des modalités en place pour les frontaliers suisses, qui subsistent).

La cotisation est calculée et recouvrée par l'ACOSS. Il n'y a plus lieu de demander les ressources, sauf en ce qui concerne les ressortissants communautaires inactifs lors de l'affiliation sous condition de résidence afin de vérifier la régularité de séjour.

La prise en charge des frais de santé sur critère de résidence est, désormais, également mise en œuvre par les autres régimes (RSI, MSA) pour leurs propres assurés sans activité professionnelle. Toutefois, l'assuré peut faire valoir son droit d'option et demander son affiliation au régime général (cf. formulaire « droit d'option » qui vous sera transmis dans les meilleurs délais).

La vérification du critère de résidence stable (3 mois) et régulière est réalisée dans le cadre des premières affiliations et sur présentations spontanées d'un justificatif de la part de l'assuré.

En revanche, il n'est plus utile de vérifier la présence de « droits » (rubrique JOD) dans le cadre des mutations intra régime général.

- La durée et les pièces justificatives

A l'entrée dans le régime, la stabilité de la résidence est établie dès lors que la personne justifie résider sur le territoire national de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Une liste des pièces justificatives a été établie afin de vérifier cette condition.

Vous ne devez plus utiliser le formulaire CMU-B référence S3710. Il est remplacé par l'imprimé « demande d'affiliation sur critère de résidence ».

Les codes régimes

Le code régime retenu pour la prise en charge des frais de santé sur critère de résidence est le 802. Toutefois, certains codes régimes 8xx sont conservés (cf. fiche en annexe 5).

- La rubrique Condition de résidence

Cette rubrique doit être complétée pour tous les assurés pris en charge sous critère de résidence.

Elle a été modifiée et comporte un nouveau code nature libellé *Demande affiliation sur critère de résidence*.

Vous trouverez dans la fiche consignes annexe 5, la liste des pièces justificatives, les codes régimes conservés et ceux à ne plus utiliser ainsi que les modalités de gestion de la rubrique *Condition de résidence*.

Focus sur la campagne de renouvellement CMU de base

Les instructions diffusées via la LR-DDO-163/2015 du 29/10/2015 sont maintenues.

Pour rappel, un courrier a été envoyé fin octobre 2015 aux assurés concernés pour réclamer les éléments nécessaires au contrôle de la condition de résidence (stabilité et régularité). Avec la mise en œuvre de la PUMA, les courriers diffusés dans la LR-DDO-163/2015 ont fait l'objet d'une évolution. Vous trouverez donc en annexe 6 la nouvelle version du courrier « accord renouvellement ».

Les courriers Refus Renouvellement CMU-B font également l'objet d'une mise à jour et sont disponibles sous Mediam > Bibliothèque courriers > Processus Précarité > Modèles de courriers > CMU de base.

Tous les autres courriers CMU-B seront prochainement supprimés de la bibliothèque Précarité.

Pour rappel, les résultats de la campagne renouvellement CMU-B doivent être transmis avant le 31/01/2016 selon les modalités annoncées dans le paragraphe 4 de la LR-DDO-163/2015.

oo oo oo oo

Outre les situations définies dans les fiches consignes critères d'activité ou de résidence, il est important de rappeler que la gestion reste inchangée pour les catégories listées ci-dessous :

Les pensionnés vieillesse – régimes 110, 300, 530, 560

Les adultes handicapés – régime 180

Les pensionnés d'invalidité – régime 120

Les élus locaux – régime 670

Les bénéficiaires d'une renté AT ou d'une rente de survivant – régimes 150, 140

Les codes régimes pour la gestion exclusive AT- régimes 001,004 ...

Le code régime pour la gestion exclusive PE-AS – régime 205

oo oo oo oo

L'application du droit du séjour est en cours d'analyse par le Ministère. Dans l'attente, la régularité du séjour doit être vérifiée selon les modalités de gestion habituelles.

Par ailleurs, le dispositif d'AME-C concernant les assurés « devenus » irréguliers disparaît à compter du 1^{er}/01/2016 en raison de la suppression du maintien de droit.

A noter : une fois les critères d'activité, de résidence et de régularité vérifiés, vous n'aurez plus à procéder au renouvellement du fait de la continuité des droits. L'activité « mise à jour droits » disparaît au profit de l'activité « contrôle ». Les modalités de ces contrôles seront déterminées dans un référentiel national sécurisant les entrées et sorties du dispositif PUMA.

III.2 – Référentiel national de contrôle

Si les conditions d'accès à la prise en charge des frais de santé sont fortement simplifiées, la réforme PUMA prévoit la définition par les organismes d'assurance maladie d'un référentiel validé par l'Etat pour contrôler les critères d'activité, de résidence et de régularité de séjour.

L'enjeu du redéploiement des contrôles réside principalement dans la gestion de la sortie du dispositif PUMA. Le référentiel formalisera ainsi le processus et les modalités de contrôle d'un transfert de résidence hors de France, déclaré directement par l'assuré, ou à partir d'une série d'indices tels la déclaration de non résidence fiscale à la DGFIP ou le non renouvellement de titre de séjour.

En l'absence de connaissance d'information de départ à l'étranger, les vérifications d'activité, de résidence et de régularité de séjour devront également être effectuées. Elles seront prioritairement réalisées via des échanges d'informations au sein de la sphère sociale (DADS, DSN, Pôle Emploi, RNCPS), avec la DGFIP et l'AGEDREF, dispositifs existants qui seront maintenus ou enrichis. En l'absence d'information issue de ces traitements automatisés, des actions complémentaires de contrôle, menées manuellement par les caisses, seront inscrites dans le référentiel national.

Le référentiel sera intégré dans le futur RNP « droits de base ».

En application du référentiel, les caisses devront s'assurer, selon des rythmes et pour les populations retenues, de la mise en œuvre de ces vérifications qui seront livrées au cours du 1^{er} trimestre 2016.

Dans l'attente, les ciblage de contrôle de résidence déjà livrés dans le cadre des travaux sur la qualité de la BDO sont poursuivis :

- contrôle des non-résidents DGFIP (LR-DDO-113/2015),
- contrôle des « fins de droit depuis plus de deux ans » (LR-DDO-166/2015),
- contrôle des enfants de plus de 21 ans,
- contrôle du stock résiduel de l'ex maintien de droit étudiant (LR-DDO-100/2014).

III.3 – Gestion des ayants droit majeurs

Dans le cadre de la Protection Universelle Maladie il n'y a plus d'ayants droit majeurs et la catégorie « ayant droit autonome » disparaît.

D'ici 2020, ne subsisteront que :

- les ayants droit mineurs rattachés à leurs parents et
- les assurés affiliés en propre sur critère d'activité ou de résidence lorsqu'ils sont majeurs.

III.3.1 – Gestion des ayants droit majeurs sur le flux

Vous ne devez plus créer d'ayants droit majeurs à compter du 1^{er}/01/2016, à l'exception des communautaires inactifs, frontaliers suisses, rentiers AT et pour le régime local Alsace Moselle. Pour ces catégories les modalités de gestion sont inchangées.

Pour tout contact en front office, vous devez proposer la création du dossier en qualité d'assuré et demander les pièces justificatives correspondant à la situation du demandeur. Les scripts Medialog ont été mis à jour selon les nouvelles règles PUMA.

Concernant le back office, les pièces « demande de création d'ayant droit » en stock et réceptionnées jusqu'au 31/12/2015, doivent être traitées au plus tard le 31/01/2016.

En ce qui concerne les « événements » sur un dossier d'ayant droit existant (déclaration de grossesse, changement d'adresse, ...), vous devez exploiter la demande afin d'éviter toute rupture de service et d'insatisfaction client. La gestion de ces ayants droit en qualité d'assuré sera réalisée dans le cadre du plan de bascule des ayants droit.

III.3.2 – Gestion du stock des ayants droit majeurs – plan de bascule

Les ayants droits majeurs présents dans les BDO doivent être gérés en qualité d'assuré. Ces opérations de bascules manuelles vont être échelonnées dans le temps.

Le changement de statut d'ayant droit à « assuré » est une opération manuelle à réaliser en caisse car elle nécessite que l'assuré :

- fournisse sa domiciliation bancaire,
- informe sa complémentaire de ce changement pour y être géré sous son NIR individuel,
- communique sa photo et sa pièce d'identité pour être doté d'une carte Vitale 2 en remplacement d'une carte Vitale 1, ou pour ceux non équipés,
- ouvre un nouveau compte assuré, après remise d'un code provisoire par la caisse.

La première vague de bascule à mettre en œuvre concerne les ayants droit dits « EX », c'est-à-dire :

- les conjoints divorcés,
- les concubins en rupture de concubinage,
- les pacsés en rupture de pacs.

Le code régime retenu pour le plan de bascule des ayants droit en qualité d'assuré est le 856.

Aucun contrôle (activité, résidence, régularité) n'est réalisé au moment de la création de ces dossiers. Les vérifications seront opérées dans le cadre de la mise en œuvre du référentiel national de contrôle.

A noter que pour les ayants droit divorcés déjà adhérents du compte, il sera nécessaire de se créer un nouveau compte, leur identifiant ne pouvant être conservé.

Vous trouverez dans la fiche consignes annexe 7, le ciblage de la population et les modalités de saisie à la BDO

Pour les autres catégories d'ayants droit un plan de bascule par vagues successives est en cours d'élaboration. Une expérimentation de l'ensemble des situations d'ayants droit débutera mi-janvier avec un panel de caisses. L'objectif est de définir des typologies de cas simples- cas complexes et d'évaluer le volume d'absences de réponses.

Les consignes de gestion pour les prochaines vagues vous seront diffusées à l'issue du bilan de l'expérimentation. Elles seront accompagnées des outils de pilotage (requêtes, reporting CNAMTS).

IV – Offre de service en ligne d'attribution de carte Vitale aux enfants à compter de 12 ans, sur demande des parents

La dématérialisation de la collecte photo et pièce d'identité numériques est en production depuis mi-décembre 2015.

Une Lettre réseau spécifique vous décrit :

- Le nouveau service en ligne « commander ma carte Vitale » sur mon compte AS,
- Les évolutions du processus d'émission de la carte Vitale,
- Les évolutions de vos outils de gestion de la carte Vitale.

De plus, à partir de janvier 2016, il sera possible de commander une carte Vitale pour un enfant à partir 12 ans sur le compte AS de l'ouvrant droit.

L'extension de l'éligibilité à cet âge est offerte via le compte AS.

Pour cela, l'ouvrant droit se connectera à son compte dans la rubrique « Mes démarches > Ma carte vitale > Commander ma carte vitale » et sélectionnera l'enfant parmi les bénéficiaires éligibles pour une commande de carte. En effet, tous les bénéficiaires éligibles de 12 ans et plus seront affichés.

Le dépôt des pièces pour ces bénéficiaires est conforme à l'existant.

Tous les ayants droits de moins de 16 ans continueront d'être portés dans la carte de leur ouvrant droit en personnalisation et en mise à jour, même s'ils deviennent porteurs d'une carte à titre personnel. En cas de double rattachement, l'ayant droit continuera d'être porté sur la carte de son deuxième parent conformément à la procédure en vigueur.

Remarque : tant que l'enfant n'a pas 16 ans, le remplacement de sa carte sera possible uniquement via le compte AS.

Le dépliant d'accompagnement de la carte Vitale a été revu pour tenir compte de cette évolution (voir annexe 8). Il sera mis en production au 1^{er} trimestre 2016.

Le guide Vitale est en cours de révision et sera mis en ligne la première semaine de janvier 2016.

V – Optimisation des mutations

L'enjeu de garantie de la continuité des droits impose une priorité accrue sur les projets informatiques liés à la mutation, qu'il s'agisse des projets pour les mutations dans le régime général ou entre régimes.

Une offre de services diversifiée permet aujourd'hui à nos assurés de nous informer de leur changement d'adresse. Une action simple et rapide qu'ils peuvent réaliser par le canal de leur choix : Internet, téléphone, courrier ou en se rendant directement dans nos accueils.

Si déclarer son changement d'adresse est relativement simple pour l'assuré, la gestion de ces milliers de déclarations s'avère quotidiennement complexe, lourde et chronophage pour les services Gestion Des Bénéficiaires. Selon le canal d'entrée et le processus auquel correspond la déclaration de changement d'adresse de l'assuré, les procédures à appliquer et les outils à utiliser diffèrent.

Les différentes procédures générées par une demande de changement d'adresse sont :

• une mise à jour simple de l'adresse à la BDO (Base de données bénéficiaires) lorsque le déménagement n'entraîne pas de changement de caisse dit changement d'adresse intra caisse.

• un transfert des données d'une caisse à une autre lorsque le déménagement entraîne un changement de caisse dans le même couloir dite mutation intra régime général intra BDO.

• un transfert des données d'une BDO à une autre lorsque le déménagement entraîne un changement de caisse dans un couloir différent dite mutation intra régime général inter BDO.

Par ailleurs, les changements de situation professionnelle nécessitent des transferts de données d'un organisme d'assurance maladie obligatoire à un autre pour les mutations inter régimes.

Le processus de mutation existant présente donc des limites : il est complexe et peu automatisé, non tracé, non homogène.

Les travaux engagés concernent :

• La mise en place des premiers lots d'OPTIMA pour la gestion des mutations dans le régime général et dans un même couloir de production : afin d'assurer la continuité de service attendue par les assurés en situation de déménagement ou de changement de situation professionnelle, en matière de rapidité de mise à jour de leurs informations médico-administratives et de remboursement de prestations, la CNAMTS développe un orchestrateur des mutations nommé OPTIMA pour Outil de Pilotage et de Traçabilité des Mutations.

- Les évolutions des mutations intra régime général inter BDO (lots Optima suivants)

• L'optimisation des accès régionaux aux données bénéficiaires et cartes Vitale dans le cadre des mutations intra régime général

- La dématérialisation des mutations inter régimes avec le RSI et la MSA
- Les évolutions du bordereau de mutation inter régimes portant les données médico-administratives à transmettre dans le cadre des mutations inter régimes
- L'optimisation des mutations pour les régimes et mutuelles partenaires du régime général

V.1 – Montée en charge d'OPTIMA

Lot 1 : QW 4.36 Changement d'adresse

Le périmètre de ce lot est dédié à la prise en compte par OPTIMA des demandes de changement d'adresse émanant des téléservices compte ameli et mon.Service-Public.fr et à l'automatisation du traitement des changements d'adresse intra caisse et des mutations intra régime général dites intra BDO.

Les demandes de changement d'adresse en provenance des téléservices arriveront directement dans OPTIMA évitant ainsi aux agents GDB de les récupérer dans l'appli Web ADAE dédié à ces demandes. Cette interface sommaire disparaîtra avec l'arrivée d'OPTIMA. Le routage des demandes par mail, lorsque la caisse possède plusieurs unités géographiques, disparaîtra de fait.

En automatisant les contrôles d'éligibilité de la demande, les agents GDB n'auront plus à réaliser de revue de dossier (interrogation des droits, des référentiels, détermination du type de mutation, etc...).

Pour un changement d'adresse intra caisse la saisie manuelle de la nouvelle adresse dans PROGRES effectuée par l'agent GDB sera remplacée par une injection d'adresse en BDO.

Pour une mutation intra BDO la reprise en gestion en BDO par la caisse prenante s'effectuera automatiquement sans intervention du technicien dans PROGRES. Il en est de même de l'envoi du contact de bienvenue pour informer l'assuré de son changement de caisse de rattachement et pour l'inviter à mettre à jour sa carte Vitale.

Une interface OPTIMA sera mise à la disposition des agents qui pourront suivre le dossier de mutation de bout en bout et ne seront plus obligés de gérer un instancier papier qui engendre des reprises multiples des dossiers en instance et des allongements des délais de traitement.

Avancement : la qualification fonctionnelle et la pré production sont terminées, la phase de pré série est lancée en décembre 2015.

Une Lettre réseau spécifique vous exposera les modalités de traitement des déclarations de changement d'adresse jusqu'au courrier de bienvenue dans le nouvel organisme gestionnaire, tous les modes opératoires associés et des sessions de formation seront proposées sur janvier et février.

Dès début 2016, les déclarations de changement d'adresse réalisées en ligne via *mon compte et mon.Service-Public.fr* qui donnent lieu à une mutation intra BDO seront totalement automatiques et traitées en 6 jours

[Lot 2 : Prise en compte par OPTIMA des demandes de changement d'adresse émanant des autres canaux \(téléphone, accueil physique, courrier et courriel\) et mise à jour automatique de la base de données carte Vitale](#)

Une interface de saisie du changement d'adresse dans OPTIMA sera mise à disposition des agents de la gestion de bénéficiaires et des agents front office (PFS et accueil physique). Le dossier sera créé directement dans OPTIMA que la demande soit parvenue à la caisse cédante ou à la caisse prenante évitant ainsi les transmissions de demandes par mail entre les caisses et du front office vers le back office, limitant ainsi l'étirement des délais de traitement.

Le traitement dans OPTIMA de l'ensemble des demandes de changement d'adresse sera possible.

La mise à jour de la base de données carte Vitale avec les informations de la nouvelle caisse prenante ne nécessitera plus en préalable la mise à jour de la carte Vitale de l'assuré et sera donc réalisée automatiquement. La caisse prenante prendra donc en gestion la carte Vitale en même temps que le bénéficiaire évitant ainsi des échanges entre caisses pour régler les problèmes de perte/vol de carte Vitale, ou de relancer une production de carte Vitale à tort.

Du point de vue de l'assuré, la qualité de service augmentera du fait de la prise en compte de toutes les demandes de changement d'adresse par OPTIMA.

Calendrier prévisionnel : une mise en production de ce lot est prévue pour mai 2016 pour l'extension aux autres canaux de gestion de la déclaration de changement d'adresse et pour juillet 2016 pour la gestion des données des cartes Vitale.

En 2016, toutes les déclarations de changement d'adresse, quel que soit le canal de contact, qui donnent lieu à une mutation intra BDO seront totalement automatiques et traitées en 6 jours

[Lot 3 : Automatisation du traitement des mutations intra régime général dites inter BDO](#)

Dans ces situations; la caisse prenante doit actuellement récupérer par mail les informations de l'assuré auprès de la caisse cédante afin d'initier la création d'un dossier dans l'appli PROGRES du fait de l'étanchéité des bases régionales en terme de consultation. En parallèle l'agent GDB en caisse prenante doit saisir une grille des porteurs de carte Vitale en mutation pour éviter tout envoi de pli collecte photo et recréation de carte Vitale à tort. La caisse cédante doit, elle, mettre à jour la nouvelle adresse et effectuer d'autres manipulations avant transfert des données bénéficiaires d'une caisse à une autre. Suite à ce transfert la caisse prenante devra vérifier que le transfert a bien été effectué.

En automatisant les mutations intra régime général dites inter BDO, OPTIMA permettra d'optimiser l'étape située entre la demande de l'assuré et la création de son dossier.

Le transfert des données bénéficiaires d'une caisse à une autre s'effectuera automatiquement sans intervention du technicien dans PROGRES. Il en est de même de l'envoi du contact de bienvenue pour informer l'assuré de son changement de caisse de rattachement et pour l'inviter à mettre à jour sa carte Vitale.

Le transfert des données Vitale d'une caisse à une autre permettra de mettre à jour la base de données carte Vitale avec les informations de la nouvelle caisse prenante. Il s'effectuera automatiquement sans intervention du technicien pour saisir la grille des porteurs de carte Vitale en mutation.

La mise en production de ce lot est prévue pour début 2017.

Début 2017, toutes les déclarations de changement d'adresse, quel que soit le canal de contact, et quel que soit le lieu de déménagement, seront totalement automatiques et traitées en moins de 10 jours

En avance de phase : une solution de gains à plus court terme en 2015 sur ce processus est mise en place dans le cadre du QW 4.45 (Accès aux données bénéficiaires et Vitale) qui permet de s'affranchir des échanges de mails entre la caisse prenante et la caisse cédante afin de récupérer les données de l'assuré pour initier la création du dossier et donc d'accélérer le traitement grâce à une consultation croisée des bases de données.

L'accès étendu aux données de Webmatique est diffusé depuis décembre 2015.

L'accès étendu aux données Vitale est prévu pour le premier semestre 2016.

Lot 4 : Modification du déclenchement des flux de rattachement des bénéficiaires au RNIAM

OPTIMA sera nouveau déclencheur des flux de rattachement au RNIAM et pilotera ainsi le processus de mutation de bout en bout.

Des éléments de calendrier seront fournis ultérieurement.

Lot 5 : propagation de l'information aux autres métiers

Une fois que les référentiels RNIAM, RFI, BDO et Vitale seront correctement synchronisés, OPTIMA pourra faire en sorte que les services métier prennent en compte le changement d'adresse du bénéficiaire et déclencher le transfert des dossiers métier de la caisse cédante vers la caisse cédante que ce transfert soit totalement automatisé ou bien se fasse manuellement.

Des éléments de calendrier seront fournis ultérieurement.

Les lettres au Réseau exposeront à chaque palier mis en œuvre les modalités de traitement, les modes opératoires des fonctionnalités de l'outil OPTIMA et les gains métiers attendus.

V.2 – Mutations Inter régimes : chantiers identifiés

En parallèle des travaux sur le palier 1 intra régime général et ses cinq lots, les travaux sont lancés sur le palier 2 inter régimes.

La CNAMTS a débuté des travaux d'amélioration des mutations inter régimes avec les autres organismes.

Des échanges de données médico administratives via dématérialisation électronique du bordereau de mutation inter régimes vont être mises en place avec le RSI et la MSA en 2015 et 2016.

Jusqu'à présent le régime général ne pouvait échanger les bordereaux de mutation inter régimes que par voie postale avec le RSI et par messagerie sécurisée avec les autres organismes comme la MSA.

Les objectifs sont de :

- réduire les coûts et le délai de traitement du processus ;
- améliorer la satisfaction des bénéficiaires ;
- fiabiliser le processus de mutation inter régimes
- réduire les coûts d'affranchissement.

Avancement des travaux :

Des données en qualification ont été fournies par la CNAMTS à MSA pour réaliser les tests nécessaires, la mise en production de la fourniture des données pour les mutations RG cédant est prévue ce mois de décembre 2015.

La fourniture des données par la MSA pour des mutations entrantes RG est prévue pour mai 2016 (avec possibilité pour les techniciens de caisse de récupérer les données dans l'outil OPTIMA pour une saisie ensuite).

L'échange de données dans les deux sens (RG cédant et RG prenant) avec le RSI est prévu pour la même date.

De plus, cette dématérialisation intervient avec un changement de format en 2016³.

Enfin, la mise à disposition aux partenaires hébergés par le SI de la Cnamts des outils de production des données médico-administratives en cas de mutation cédante permettra de fiabiliser les transferts automatisés d'informations, cette mise à disposition va intervenir en 2016.

V.3 – La mise à disposition de l'outil IMMUTT

Afin d'assurer la continuité de service attendue par les assurés en situation de déménagement, et dans l'attente d'OPTIMA, la caisse du Lot et Garonne a développé un logiciel nommé IMMUTT pour l'injection de la Messagerie des Mutations et Traçabilité des Traitements.

IMMUTT a été conçu pour aider les services GDB à piloter l'activité de gestion des mutations. Près de la moitié du réseau de caisses est aujourd'hui équipé d'IMMUTT.

Cet outil permet de traiter une partie des risques identifiés dans le processus de gestion des mutations, qu'elles soient intra régime général ou entre régimes en centralisant l'ensemble des demandes, en permettant un pilotage complet de toutes les étapes nécessaires, sans refondre le processus et son orchestration (ce que fera OPTIMA comme explicité précédemment) :

IMMUTT permet la centralisation et l'assurance de l'unicité des demandes. L'information de la mutation d'une famille reçue par courriel provenant d'une autre caisse est automatiquement captée, les autres demandes arrivant des autres canaux (télé services, courrier papier, PFS et accueil physique) sont saisies par les agents dans cette interface. L'ensemble des dossiers sont ensuite facilement accessibles dans les onglets correspondants à leur processus de traitement : mutations intra régime prenantes/cédantes, mutations inter-régimes cédantes, comptabilisation des mutations inter-régimes prenantes.

L'ensemble des dossiers est suivi, étape par étape, de l'arrivée de la demande jusqu'à l'envoi du contact de bienvenue. Le nombre de dossiers en stock et de dossiers traités par agent est comptabilisé et des indicateurs statistiques sont générés pour le profil d'encadrement.

Avancement : La procédure d'homologation est lancée depuis décembre 2015 et devrait aboutir au 2^{ème} trimestre 2016.

³ modifications apportées : gestion des situations de modulation du ticket modérateur pour le régime Alsace Moselle plus explicite, type de rattachement principal ou pour ordre en cas de double rattachement de bénéficiaires plus explicite, ajout des données de prise en charge de l'Examen Bucco-Dentaire pour les femmes enceintes, prise en charge forfaitaire des substituts nicotiques "TNS" possibilité de porter les nouveaux montants, identification PS : ADELI + RPPS (NB enrichissement possible en 2017), CMU C : numéro OC enrichi, TPS ACS plus explicite, et suppression de données non exploitées.

VI – Actions de communication vers les assurés

Afin d'informer les assurés dès les premiers jours de janvier, il est prévu de mettre en ligne sur ameli.fr, une fiche pratique "Zoom sur" pour expliquer les grandes lignes de la réforme et ce qui changera au 1er janvier 2016.

La mise à jour des pages ameli et des scripts de la conseillère virtuelle concernés par les thématiques de la PUMA est également prévue courant janvier.

De même, la mise à jour de trois dépliants est programmée début 2016 (cf. le tableau d'état des lieux des supports de communication dans l'espace Communication de Médi@m) : perte d'un proche, changement de situation et hospitalisation. Dans l'attente, ces dépliants seront dépubliés d'ameli.fr et nous vous invitons à ne plus les diffuser.

Un article dans « Ma lettre aux assurés » est prévu pour le premier numéro de 2016 à paraître en février/ mars.

Les éléments du discours client, scripts Medialog et courriers concernés par la thématique de la PUMA, seront diffusés progressivement sous MEDIAM.

Enfin, le support « partenaires » présentant le dispositif de la CMU de base, qui figure dans les outils des parcours attentionnés CMU-C et ACS, sera adapté début 2016.

VII – Accompagnement des caisses

Le projet PUMA fait l'objet d'un accompagnement par la Structure Nationale d'Accompagnement de la CNAMTS.

Feront suite aux deux premières réunions de présentation par la SNA du 23 novembre dernier, deux réunions les 14 et 19 janvier 2016.

Cette deuxième information aura pour objet en janvier 2016 de :

- Présenter des textes définitifs
- Donner les consignes aux caisses
- Expliquer les opérations à mener dans les caisses
- Présenter les évolutions du Système d'Information

Une FAQ sera mise à disposition des caisses afin de répondre à toutes les questions à l'issue de ces présentations.