

AIDE MEDICALE ETAT (AME)

LE CONTENU DU « PANIER DE SOINS » après la réforme PUMa

France métropolitaine et DOM (sauf Mayotte)

- Le panier de soin désigne la liste des prestations de santé financées (on dit aussi « prises en charge ») par le dispositif d'AME.
- La dernière modification de fond¹ date de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 qui a modifié une seule disposition concernant le panier de soins : suppression de l'entente préalable pour les soins lourds à l'hôpital (créée par la loi du 29 décembre 2010) [III].
- Il faut distinguer le **contenu** (quelles prestations sont couvertes et lesquelles sont expressément exclues ?) [I], le **niveau de financement** (existence ou non d'un ticket modérateur) [II]. **L'agrément préalable a été abrogé** pour les soins lourds à l'hôpital [III]. La **participation aux recherches** impliquant la personne humaine n'est plus interdite aux bénéficiaires de l'AME depuis l'Ordonnance du 16 juin 2016 [IV]. Par ailleurs, l'AME ne couvre généralement pas les soins prodigués dans les **hôpitaux militaires** [V].

I. LE CONTENU

(1.1) Principe

Le panier de soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de sept prestations lesquelles sont :

1. la procréation médicalement assistée (PMA)² ;
2. les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible³ ;
3. les cures thermales² ;
4. les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés⁴ ;
5. les frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements d'aide par le travail⁴ ;
6. les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants⁵ ;
7. [les indemnités journalières d'arrêt de travail (prestation en espèce)]

Sources :

- Le panier de soin est défini à l'article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) modifié en dernier lieu par la Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 (art. 59) – voir tous les textes à partir de la page 6.
- L'article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que peuvent être exclus du panier de soins, les actes, les produits et les prestations :
 - a) dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ;
 - b) lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie.
- L'article R251-1 (créé par le Décret du 17 octobre 2011 et modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015) précise que sont exclus du panier de soins, au titre de l'article L251-2 CASF, les cures thermales, et la PMA⁶.

¹ La modification par la loi dite « PUMa » n'a procédé qu'à une mise en cohérence des références textuelles, sans modifier le fond du droit.

² Loi du 29/12/2010 – applicable depuis le décret du 17 octobre 2011.

³ Restriction applicable depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'AME. Il s'agit des médicaments dont les Caisses d'assurance maladie ne remboursent que 15% pour les assurés sociaux (anciennement « vignette orange », les vignettes étant supprimées depuis le 01/07/2014). Pour un bénéficiaire de l'AME la prise en charge de ces médicaments est donc de 0%.

⁴ Pour la définition exacte : voir le 3° de l'article L160-8 du Code de la sécurité sociale page 8.

⁵ Examen mentionné à l'article L2132-2-1 du Code de la santé publique – voir page 8.

- Le décret du 3 février 2015 précise que les médicaments à service médical rendu faible sont les mêmes que ceux fixés pour l'Assurance maladie (et remboursés à 15% pour les assurés sociaux) - voir note de bas de page n°3.

(1.2) Exclusion de prestations annexes

Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des « assurés sociaux » (mais des « bénéficiaires d'une aide sociale d'Etat »), ils ne peuvent pas accéder aux prestations annexes réservées à ces premiers :

- pas de carte Vitale ;
- pas d'accès au fonds de secours dit « fonds social » des caisses (via l'imprimé « *Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles* ») ;
- pas de tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ;
- pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale⁷.
- pas de financement des prestations hors-nomenclature :

De plus, l'Instruction ministérielle n° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018⁸, qui accorde aux assurés sociaux, à titre purement gracieux, un financement de certains actes hors nomenclature (c'est à dire hors panier de soin de l'assurance maladie) sur financement au titre de la « mission d'intérêt général » des hôpitaux, indique que les titulaires de l'AME ne bénéficient pas de cette possibilité (ni en consultation externe, ni en hospitalisation). Cela concerne les actes innovants et les actes de soins courants de biologie médicale et d'anatomopathologie non-inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (BHN et PHN). Par exemple : certains tests de charge virale VIH (extraction d'ADN / acte BHN), les fibro-tests dans le cas d'un suivi d'une hépatite virale en consultation externe.

(1.3) Précisions sur les lunettes et les prothèses (dont dentaires)

L'ensemble des prestations d'optique et de dentaires est inclus dans le panier de soins à l'identique des assurés sociaux. Mais, le niveau de prise en charge (100% du tarif de la sécurité sociale) se révèle insuffisant pour couvrir les frais réels d'une prothèse ou d'une paire de lunette.

En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses. Voir point II.

(1.4) Précisions en matière de transport médicalisé

Panier de soins : l'AME couvre les frais de transport prescrit médicalement, de toute nature que ce soit, à l'identique que pour un assuré social (L251-1 CASF combiné avec le 2° de L160-8 CSS). Tout refus est un refus de soin.

Niveau de prise en charge = 100% - voir point II.

Mais attention, aux conditions de droit commun nécessaires pour « faire entrer » le transport médicalisé dans le panier de soins de l'assurance maladie (et partant, dans le panier de soins de l'AME) type "*entente préalable*", "*trajet > 150 km*", "*reconnaissance d'une ALD*", etc...

Sur l'utilité de se faire reconnaître en « ALD » par le contrôle médical de la caisse, voir point (2.3)

(1.5) Précisions sur le financement des soins en établissements pour personnes en situation de handicap

Le mode de financement de certains établissements et/ou activités médico-sociales peut conduire à exclure les bénéficiaires de l'AME de l'accès à ces établissements.

Il convient de distinguer trois types d'activités ou d'établissements (voir tableau ci-dessous).

⁶ C'est à dire les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à la PMA (procréation médicalement assistée), et les médicaments et produits nécessaires à la réalisation de ces actes et examens.

⁷ Examen prévu par l'article L321-3 du Code de la sécurité sociale (voir page 8) qui indique que les Caisses sont tenues de « *soumettre [l'assuré et les membres de sa famille] à un examen de santé gratuit* ». Pour autant, un tel bilan est pris en charge par l'AME s'il est prescrit et/ou réalisé par un médecin ou professionnel de santé ;

⁸ Instruction n° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018 relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement au titre de la mission d'intérêt général d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation G03, aux règles de facturation de ces actes et aux modalités de délégation associées : 2)b. *Les actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures prescrits et/ou réalisés pour des patients non assurés sociaux ne sont pas éligibles au financement par cette dotation.*

	Accessibles aux Bénéficiaires AME		Non-accessibles aux bénéficiaires AME
Etablissements (ou services) concernés	ACT (appartement de coordination thérapeutique) LHSS (Lit halte soins santé) LAM (Lit d'accueil médicalisé)	MAS (Maison d'accueil spécialisée) + Etablissement d'accueil médicalisé + Etablissement d'accueil non médicalisé + Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés, à la vie sociale, de soins infirmiers à domicile, polyvalent d'aide et de soins à domicile + d'aide et d'accompagnement à domicile	IME + ITEP + Institut d'éducation motrice + Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés + Institut pour déficients auditifs + Institut déficients visuels + CMPP + Bureau d'aide psychologique universitaire + Service d'accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire + Etablissements expérimentaux + ESAT (ex CAT)

Pour plus de précisions, voir le [tableau complet](#) page 6.

Nota 1 : dès lors que le financement, bien que servi par les organismes d'Assurance maladie, se fait sur dotation globale (notamment au titre de l'ONDAM, Objectif national de dépense d'assurance maladie), ce financement est déconnecté de la protection maladie individuelle du bénéficiaire (ou du droit potentiel à une protection maladie).

Nota 2 : L'accès aux établissements médico-sociaux n'est pas soumis, en tant que tel, à une condition de titre de séjour (contrairement aux prestations d'Aide sociale qui sont en principe soumises à une condition de régularité du séjour, sauf exception comme l'AME).

Nota 3 : Demeurent pris en charge par l'AME (à l'identique qu'un assuré social) au titre du 1° de l'article L160-8 du Code de la sécurité sociale : « les frais de traitement dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ».

(1.6) Précision concernant le forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge dès le premier jour (4° de l'article L251-2 CASF).

II. LE NIVEAU DE LA COUVERTURE

Le panier de soin ne doit pas être confondu avec le niveau de couverture, c'est à dire le montant payé par l'AME pour chaque acte de soin.

(2.1) Une couverture à 100%

A ce jour, le niveau de couverture correspond à 100% du tarif sécurité sociale (à ce jour : pas de ticket modérateur, ni participation forfaitaire, ni franchise). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (c'est à dire pratiquant un tarif conventionné sans dépassement d'honoraire).

Attention : la loi (article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles – voir ci-après) a prévu d'appliquer à l'AME les trois « restes à charge » de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale) :

- le ticket modérateur (depuis 2002) ;
- la « participation forfaitaire » et les « franchises ».

Ainsi, la couverture AME ne devrait plus couvrir à 100% du tarif de la Sécurité sociale. Mais en l'absence de décret à ce jour, la couverture est toujours de 100%.

(2.2) Lunettes, prothèses et dispositifs à usage individuel

La limitation au seul 100% du tarif Sécurité sociale signifie que l'AME ne paye aucun dépassement d'honoraire, ni dépassement du Tarif sécurité sociale.

Les lunettes, les prothèses dont les prothèses dentaires, les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant,...) ne sont donc financés « que » dans la limite du 100%. En théorie, il est donc possible de financer partiellement ces dispositifs par l'AME. Mais en pratique, le reste à charge est généralement beaucoup trop cher pour le budget des personnes concernées.

(2.3) Précision sur la reconnaissance d'une ALD (affection longue durée)

Cette procédure peut concerner les bénéficiaires de l'AME.

La reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée, c'est à dire une maladie grave et/ou chronique) par le Contrôle médical des Caisses est communément désignée comme le « 100% Sécurité sociale ». Elle est initialement conçue pour les Assurés sociaux. Il s'agit d'une « exonération de ticket modérateur » (le paiement du ticket modérateur est alors exceptionnellement pris en charge par l'assurance maladie), c'est à dire d'une prise en charge financière à 100% du tarif Sécurité sociale par l'Assurance maladie (sans intervention d'une couverture complémentaire). Cette extension du taux de couverture de base est cependant limitée aux seuls soins relatifs à l'ALD. L'obtention d'une couverture complémentaire est donc indispensable pour couvrir les frais concernant les autres soins.

Les bénéficiaires de l'AME sont, à ce jour, bénéficiaires ipso facto d'une prise en charge à 100% pour l'ensemble de leurs soins (voir point 2.1) indépendamment de toute reconnaissance d'une ALD.

Cependant, la reconnaissance d'une ALD peut être demandée (dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social) car elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas (voir point 1.4.). La prescription de « sport » (sur ordonnance médicale) a été introduite dans le droit (Article L1172-1 du code de la santé publique et Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée). Cette prescription ne peut se faire cependant que dans « *le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée* ». Cependant, aucun remboursement n'étant prévu ni pour les assurés sociaux, ni a fortiori pour les bénéficiaires de l'AME, la reconnaissance d'une ALD est pour l'instant sans intérêt dans ce cadre.

Nota : durée de l'ALD et durée des droits

Attention : la reconnaissance d'une « ALD » peut être accordée pour des durées longues, jusqu'à 10 ans (Annexe figurant à l'article D. 160-4 du Code de la sécurité sociale). Cela ne signifie nullement que les droits AME (ou même Assurance maladie pour les assurés sociaux) soient ouverts pour 10 ans (les droits AME sont accordés pour un an, renouvelable si les conditions sont remplies à la date de renouvellement). Le bénéfice d'une exonération de ticket modérateur n'a de sens que si les droits (AME dans le cas qui intéresse la présente Note) sont effectivement ouverts (ce qui est totalement indépendant de la reconnaissance d'une ALD). En d'autres termes, il est possible de bénéficier d'une « ALD » de 2018 à 2028, mais sans avoir de droits ouverts (ressources supérieures au plafond, renouvellement AME non-demandé,...). Dans ce cas, la reconnaissance d'une ALD n'a plus aucun intérêt et ne prolonge en rien l'ouverture des droits.

(2.4) Précision sur les majorations de tarif due par l'Assurance maladie aux médecins en cas de consultations de coordination ou de consultations complexes

Les médecins soignant des bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas de ces avantages financiers (qui vont de 12 à 60 euros environ par consultations avec des règles complexes de cumuls)⁹.

III. L'AGREMENT PREALABLE EN CAS DE SOINS LOURDS A L'HOPITAL

Abrogé par la loi de finances rectificative du 16 août 2012

- *Annexion* : Décret du 17 octobre 2011 portant création de l'article R251-3 CASF lequel n'a jamais été appliqué à l'époque faute de l'arrêté ministériel qu'il prévoyait.

- *Abrogation de R251-2 et R251-3 CASF par l'article 1 (II) du Décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat (NOR: AFSS1427975D)*

⁹ Les majorations de coordination, pour les généralistes « MCG » et pour les spécialistes « MCS », s'appliquent à l'ensemble des assurés sociaux (donc pas aux bénéficiaires de l'AME), y compris aux bénéficiaires de la Complémentaire-CMU. Les majorations spécifiques aux médecins spécialistes (la majoration provisoire clinicien « MPC » ; majoration de coordination cardiologue « MCC ») s'appliquent à l'ensemble des assurés, y compris aux bénéficiaires de la Complémentaire-CMU. Le médecin autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraire ne perçoit ces majorations que dans la mesure où il applique aux patients bénéficiaires de la CMU-C les tarifs opposables (= le médecin renonce au dépassement d'honoraire).
Sources : *Nomenclature générale des actes professionnels (ngap)* ; Site internet Ameli.fr : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-cmu-c/situation-patient-cmu-c>

IV. PRECISIONS SUR LES RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE (RIPH)

Les conditions de participation aux RIPH ont été modifiées par l'Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, transposant notamment le règlement (UE) n° 536/2014 du 16 avril 2014 *relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE*.

Au terme de l'Article L1121-8-1¹⁰ du Code de la santé publique (CSP), le vocable « *bénéficiaire* » doit être interprété comme désignant un bénéficiaire de l'aide sociale donc implicitement les bénéficiaires de l'AME.

Conditions de protection maladie pour être inclus dans les RIPH

OUI = inclusion possible dans un essai clinique / Exclu = inclusion prohibée par un texte

Types de protection :	Assurés sociaux	Bénéficiaires AME	Sans protection maladie	Sources
Types de recherches :				
Non-Interventionnelle	OUI	OUI	OUI	Lecture a contrario de L1121-8-1 CSP
Interventionnelle (tous types)	OUI	OUI	Exclu explicitement	L1121-8-1 CSP alinéa 1
			Exclu sauf dérogation CPP*	L1121-8-1 CSP alinéa 2
Essai clinique de médicament	OUI	OUI	Exclu explicitement**	L1121-8-1 CSP L1124-1 ¹¹ CSP

CSP : Code de la santé publique * CPP : Comité de protection des personnes

** Possible contrariété avec le Règlement UE n° 536/2014 du 16 avril 2014

V. LES SOINS PRODIGUÉS DANS LES HOPITAUX MILITAIRES

L'article L6147-7 du Code de la santé publique prévoit que les hôpitaux militaires fournissent des soins aux « assuré sociaux » (ce qui peut s'interpréter comme excluant les bénéficiaires de l'AME).

¹⁰ Article L1121-8-1 « Les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches non interventionnelles. A titre dérogatoire, le comité de protection des personnes peut autoriser une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime à se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1. [...] »

¹¹ Article L1124-1 « I.- Les essais cliniques de médicaments sont régis par les dispositions du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014. [...]. IV. [...]. Ces essais sont interdits sur une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime. »

ANNEXES

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX : EXIGENCE DE TITRE DE SEJOUR DES ETRANGERS ET PROTECTION MALADIE REQUISE

	Accessibles aux Bénéficiaires AME		Non-accessibles aux bénéficiaires AME
Etablissements (ou services) concernés	ACT (appartement de coordination thérapeutique) LHSS (Lit halte soins santé) LAM (Lit d'accueil médicalisé)	MAS (Maison d'accueil spécialisée) + Etablissement d'accueil médicalisé + Etablissement d'accueil non médicalisé + Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés, à la vie sociale, de soins infirmiers à domicile, polyvalent d'aide et de soins à domicile + d'aide et d'accompagnement à domicile	IME + ITEP + Institut d'éducation motrice + Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés + Institut pour déficients auditifs + Institut déficients visuels + CMPP + Bureau d'aide psychologique universitaire + Service d'accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire + Etablissements expérimentaux + ESAT (ex CAT)
Sources définition de l'établissement	9° du l. de L312-1 CASF	7° du l. de L312-1 CASF D312-0-2 CASF	2° et 12° du l. de L312-1 CASF + D312-0-1 CASF 5° b. du l. de L312-1 CASF (Esat)
Type de financement	1. Financement sur dotation globale (servie par l'Assurance maladie)	2. Financement par panier de soins Assurance maladie et AME	3. Financement par panier de soins assurance maladie seulement
Sources définition du type de financement	L314-8 CASF	L160-8 CSS	L160-8 CSS
Protection maladie requise	pas besoin de protection maladie	Assurance maladie ou AME	Assurance maladie (AME exclue)
Personnes exclues	néant	personnes sans droits ouvrables	personnes sans assurance maladie
Sources exclusion AME	-	Pas d'exclusion par L251-2 CASF	L251-2 CASF excluant le 3° de L160-8 CSS visant le 2° et 12° du l de l'article L. 312-1 CASF

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (maj 28/11/2017)

Consolidé à la suite de la réforme dite « PUMa » du 21 décembre 2015

Partie législative

Article L111-1

Sous réserve des dispositions des articles L. 111-2 et L. 111-3, toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent Code

Article L111-2 modifié par Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 - art. 24

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

- 1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- 2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- 3° De l'aide médicale de l'Etat ;
- 4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article L. 231-1 à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans.

Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

NOTA : Conformément au V de l'article 35 de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, les présentes dispositions dans leur rédaction résultant de la présente loi, s'appliquent aux demandeurs d'asile dont la demande a été enregistrée à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015

Titre V Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle

Chapitre Ier « Droit à l'aide médicale de l'Etat » (Articles L251-1 à L251-3)

Article L251-1 modifié par Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du Code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce Code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour :

- 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du Code de la sécurité sociale ;
- 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.

Article L251-2 modifié par Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

- 1° Les frais définis aux 1° et 2° de l'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, ces frais peuvent être exclus de la prise en charge, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, et à l'exclusion des mineurs, pour les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ;
- 2° Les frais définis aux 4° et 5° de l'article L. 160-8 ;
- 3° Les frais définis à l'article L. 160-9 du même Code ;
- 4° Le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 du même Code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au septième alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 160-13 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même Code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 d'un médicament générique, sauf :

- 1° Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du Code de la sécurité sociale ;
- 2° Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;
- 3° Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du Code de la santé publique.

Article L251-3

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L312-1 CASF (maj 28/11/2017)

I.- Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent Code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

- 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;
- 2° **[exclu AME]** Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- 3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du Code de la santé publique ;
- 4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du Code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au Code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- 5° **[exclu AME]** Les établissements ou services :
 - a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du Code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même Code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du Code du travail [article abrogé par Ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007] ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du Code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° [exclu AME] Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

14° Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;

16° Les services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II.- Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III.- Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV.- Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au Code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V.- Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse.

VI.- Les établissements relevant des 6° ou 7° du I peuvent proposer, concomitamment à l'hébergement temporaire de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, un séjour de vacances pour les proches aidants de ces personnes.

Le 1° de l'article L. 313-4 n'est pas applicable aux séjours mentionnés au premier alinéa du présent VI.

NOTA : Aux termes du II de l'article 48 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, le 16° tel qu'il résulte du I dudit article 48, entre en vigueur à la date de publication du décret prévu dans ses dispositions.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (maj 25/01/2019)

Partie réglementaire

Titre V : Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle

Chapitre I : Droit à l'aide médicale de l'Etat.

Article R251-1 modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015 - art. 11 (V)

Sont exclus de la prise en charge par l'aide médicale de l'Etat telle que prévue au 1° de l'article L. 251-2 :

1° Les frais relatifs aux cures thermales tels que définis à l'article R. 160-24 du Code de la sécurité sociale ;

2° Les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation, tels que mentionnés dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale ;

3° Les médicaments et produits relevant respectivement des articles L. 162-17¹² et L. 165-1¹³ du même Code et nécessaires à la réalisation des actes et examens définis au 2° du présent article ;

4° Les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible et pour lesquels la participation de l'assuré est fixée dans les limites prévues au 14° de l'article R. 160-5 du Code de la sécurité sociale.

Article R160-5 modifié par Décret n°2017-500 du 6 avril 2017 - art. 2

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans les limites suivantes :

1° [...]

14° De 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques, en application du 6° de l'article R. 163-18, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent.

Article R251-2 modifié par Décret n°2017-240 du 24 février 2017 - art. 6

Les étrangers qui demandent le bénéfice de l'aide médicale de l'Etat pour une personne tierce, en application des dispositions du 2° de l'article L. 251-1, établissent annuellement une déclaration sur l'honneur, cosignée par la personne tierce, attestant que cette personne se trouve à leur charge effective, totale et permanente. Ils la transmettent à l'organisme dont ils relèvent.

CODE DE LA SECURITE SOCIALE (maj 25/01/2019)

Article L160-8 (anciennement Article L321-1) créé par Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 (art. 59) et modifié par Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 (art. 51 V)

La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation

¹² L162-17 CSS (Idem assurés sociaux). Sont visés :

- les médicaments visés par l'article L601 CSP (médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé parce qu'ils ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne).

- les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle (ces deux catégories devant par ailleurs figurer sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat).

¹³ L165-1 CSS (Idem assurés sociaux.) : Dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain et leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées inscrits sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé.

de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3° [exclu de l'AME] La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :

a) Des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

b) Des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

6° [exclu de l'AME] La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code.

Examen de santé (maj 28/11/2017)

Article L2132-2-1 du Code de la santé publique, modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 38 (V) JORF 20 décembre 2005

[Exclu de l'AME]

Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même Code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en oeuvre de cet examen. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NOTA :

Loi 2005-1579 2005-12-19 art. 38 II : l'article L2132-2-1 dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi demeure en vigueur, respectivement pour chacune des professions concernées, jusqu'à la publication des dispositions conventionnelles prises en application du 2e alinéa de l'art. L2132-2-1.

Article L160-9 créé par Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59 (anciennement Article L331-2)

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du Code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article

Article L321-3 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 9 [Réservé aux assurés]

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit. En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par le décret en Conseil d'Etat qui prévoit toutes mesures utiles pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec toute autre visite de médecine préventive organisée en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

Les personnes admises dans une école de la deuxième chance mentionnée à l'article L. 214-14 du Code de l'éducation, les jeunes effectuant un service civique en application du II de l'article L. 120-1 du Code du service national, les apprentis mentionnés à l'article L. 6221-1 du Code du travail, les volontaires stagiaires du service militaire adapté mentionnés à l'article L. 4132-12 du Code de la défense et les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article

L. 6325-1 du Code du travail sont informés, dans des conditions définies par voie réglementaire, de la possibilité d'effectuer l'examen prévu au premier alinéa.

NOTA : Code de la sécurité sociale L371-6 : non application du présent titre.

Article R321-5 créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

L'examen de santé gratuit prévu par l'article L. 321-3 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Ledit arrêté fixe également la nature de cet examen et les modalités selon lesquelles il est effectué, compte tenu des examens médicaux auxquels les intéressés sont tenus de se soumettre en application de dispositions légales ou réglementaires autres que celles relatives aux assurances sociales et des examens préventifs auxquels ils se soumettent volontairement.

Les caisses de sécurité sociale prennent toutes mesures de coordination destinées à éviter que les intéressés ne subissent plusieurs fois des examens de santé identiques aux mêmes périodes de la vie.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L6147-7

Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du Code de la sécurité sociale.

[...]

Article L6112-1 du Code de la santé publique

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent Code ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [soins en rétention administrative] ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Article L174-15 du Code de la sécurité sociale

Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du Code de la santé publique

NOR: DEFK1310181A

Article 2

Ces hôpitaux dispensent, sous réserve de satisfaction de la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées, à tout assuré social, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ainsi que des soins continus de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale et dans un but de réinsertion