

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
28/07/93

Origine :
DGR
ACCG

MMES ET MM. les Directeurs
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES ET MM. les Agents Comptables
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES ET MM. les Directeurs et Agents Comptables
des Caisses Régionales

(pour information)

Réf. :

DGR n° 63/93 - ACCG n° 24/93

Plan de classement :

259

Objet :

CONVENTION NATIONALE TYPE DE GESTION DE L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE
PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

Pièces jointes :



Liens :

Com.circ	DGR	2/93
Com.circ	DGR	53/93

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

REGL/D.JAFFLIN

Téléphone :

42 79 32 06

Direction de la Gestion du Risque

28/07/93 MMES ET MM. les Directeurs
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : MMES ET MM. les Agents Comptables
DGR . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
ACCG . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES ET MM. les Directeurs et Agents Comptables
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : DGR n° 63/93 - ACCG n° 24/93

Objet : Convention type d'Aide Médicale Départementale.

La *loi n° 92-722 du 29 juillet 1992*, qui a été présentée par *circulaire DGR n° 2/93 du 6 janvier 1993*, modernise l'Aide Médicale.

Le *Décret n° 93-648 du 26 mars 1993* d'application a fait l'objet de la *circulaire CNAMTS - DGR n° 53/93 du 24 mai 1993*.

La présente circulaire fait le point sur les nouveaux systèmes conventionnels dans lesquels peuvent s'inscrire les relations entre les Départements et les Caisses Primaires.

En préalable, elle rappelle également la portée des textes antérieurs et précise l'orientation à donner au nouveau dispositif, puis elle présente *l'arrêté du 24 mars 1993* (J.O. du 27.03.1993) qui fixe le modèle de convention à passer entre le Conseil Général et les Organismes d'Assurance Maladie lorsque ceux-ci reçoivent délégation de gestion pour prononcer l'admission à l'Aide Médicale.

Une annexe présente sous forme de tableaux les différentes étapes de la procédure de gestion et rappelle les principales références des textes, à savoir :

- les articles 8 et 10 de la *loi n° 92-722 du 29 juillet 1992* modifiant le Code de la Famille et de l'Aide Sociale (CFAS) : les références renvoient aux articles nouveaux de ce code,
- le *décret n° 93-648 du 26 mars 1993* modifiant le décret du 2 septembre 1954 : les références renvoient aux articles nouveaux de ce décret,
- la circulaire DIRMI/DAS/DSS - n° 93.07 du 9 mars 1993 qui sera publiée dans un numéro spécial (relatif à l'Aide Médicale) du Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville : les références renvoient aux paragraphes de la circulaire concernée. Ce numéro spécial constitue un document essentiel pour la pratique de gestion de l'Aide Médicale.

1. OBSERVATION PREALABLE

Depuis la parution de la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (*art. L.182.1 du Code de la Sécurité Sociale* présenté par *circulaire CNAMTS - DGR - n° 2501/90 du 18 juin 1990*), les autorités compétentes de chaque département ont la possibilité de prévoir, dans le cadre de l'aide médicale, deux types d'accord avec les organismes d'assurance maladie :

- prise en charge des assurés par l'aide médicale qui règle les frais aux professionnels de santé et se fait rembourser par la caisse primaire sous forme de participation représentative des dépenses engagées (*art. L.182.1 - 1° du Code de la Sécurité Sociale*),
- prise en charge des frais de soins par la caisse primaire qui règle directement les professionnels de santé, la collectivité publique remboursant ultérieurement à la caisse la part incombant à l'aide médicale (*art.L.182.1 - 2° du Code de la Sécurité Sociale*).

Des enquêtes ponctuelles ont montré que de nombreuses caisses s'étaient déjà tournées vers ce système partenarial et avaient signé des conventions avec les départements pour **gérer les prestations** d'aide médicale.

Les nouveaux textes (*loi n°92-722 du 29 juillet 1992* et *décret n°93-648 du 26 mars 1993*) permettent aux organismes d'assurance maladie d'élargir leur action en matière d'aide médicale et **de gérer, par délégation, les demandes** d'aide médicale.

Les Caisses d'Assurance Maladie se voient ainsi proposer un rôle très significatif dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale, qui relève effectivement de leurs missions. De nombreuses caisses primaires se sont déjà investies et ont fait preuve d'initiatives particulièrement innovantes.

Dans le cadre du nouveau dispositif d'aide médicale, il importe que l'ensemble des caisses étudient les possibilités de jouer l'intégralité du rôle prévu par la loi. En ce sens, elles sont invitées à examiner avec leurs partenaires, les conditions de mise en oeuvre - immédiate ou progressive - des mesures prévues.

Une telle orientation exige :

- la recherche du dispositif le mieux adapté pour venir en aide aux populations défavorisées,
- le souci d'une coordination des actions qui serve l'exigence d'efficacité
- une bonne connaissance et le respect du rôle et des missions de chaque partenaire.

2. ANALYSE DE LA CONVENTION TYPE D'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE (AMD)

La conformité des conventions d'Aide Médicale à un texte type contribue à harmoniser les dispositifs et concoure au principe d'unité de traitement des personnes en situation de précarité.

La modernisation de l'Aide Médicale représente un progrès considérable en faveur des bénéficiaires et transforme un "droit à risque ouvert" en "un droit a priori", annuel et familial, complément naturel du droit à l'assurance maladie.

2.1. Organismes centralisateurs

L'*article L.182.3 du Code de la Sécurité Sociale* prévoit que des organismes différents pourraient être désignés pour la gestion des demandes d'une part et la gestion des paiements d'autre part.

Pour des raisons pratiques, il paraît particulièrement souhaitable qu'un seul et même organisme reçoive délégation pour l'ensemble des procédures.

2.2. Conditions d'admission

2.2.1 Les demandes

Les demandes formulées à compter du 1er janvier 1993 sont établies sur le modèle actuellement en vigueur dans l'attente de la refonte du dossier de demande (circulaire ministérielle du 9 mars 1993 - § 413 et 62).

Elles doivent être transmises par les associations ou organismes habilités à les recevoir (article 43.1 du décret du 4 septembre 1954 modifié) dans les huit jours après leur date de dépôt à la caisse chargée du traitement (art. 189.5 du code de la santé publique - circulaire ministérielle du 9 mars 1993 § 412).

2.2.2 Le critère de résidence

Il détermine la collectivité de compétente (art. L.190.1 du C.F.A.S.) :

- . le Département si le demandeur a une résidence dans le département (circulaire ministérielle du 9 mars 1993 - § 423),
- . l'Etat pour les personnes dépourvues de résidence stable (circulaire ministérielle du 9 mars 1993 - § 424).

2.2.3. Conditions de ressources

Les textes ont retenu une unicité de référence facilitant la gestion : c'est le même barème qui sert à l'examen du droit au R.M.I. et à l'admission de plein droit à l'Aide Médicale Etat (AME) des personnes sans résidence stable (art. 41.2. du décret du 4 septembre 1954 modifié).

Ce même barème, à défaut de barème fixé par le règlement départemental d'aide sociale, est également retenu pour l'admission de plein droit à l'aide médicale totale au titre de l'Aide Médicale Départementale (A.M.D.).

La circulaire ministérielle du 9 mars 1993 propose aux départements à titre d'exemple un barème d'admission de plein droit à l'Aide Médicale totale ou partielle (§ 323.2).

Elle explicite par ailleurs :

- les ressources à prendre en considération et celles à exclure (§ 333.11),
- la notion de charges à laquelle est subordonnée l'admission de plein droit à l'aide médicale partielle (§ 333.12 et 333.13.).

2.3. Constitution du dossier

Les dispositions réglementaires obligent le demandeur à fournir tous justificatifs concernant sa situation (art. 44.5 et 45.1 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Les pièces à fournir pour l'instruction de la demande sont énoncées par la circulaire du 9 mars 1993 :

- déclaration de ressources, titre de séjour en cours validité (§ 322.2 - 5ème alinéa),
- justificatifs de revenus et de charges (§ 333.131.),
- formulaire délivré par le service instructeur de la demande du R.M.I. (§ 411.11 et circulaire DIRMI du 20 janvier 1993 - § III.1 et annexes),
- informations diverses : situation au regard de la protection sociale, nom et adresse des personnes tenues à l'obligation alimentaire, demande d'adhésion à l'assurance personnelle (§ 413).

2.4. Accompagnement social et information du demandeur

Les personnes en situation de précarité ont généralement des difficultés pour effectuer des démarches administratives et faire reconnaître leurs droits. Il est capital que des agents spécialement formés à cet effet les aident dans cette tâche, dans un esprit moins d'assistance que d'incitation à une participation active de l'intéressé pour la reconnaissance de ses droits.

Cette démarche implique de la part des services concernés de la Caisse, un travail de cohésion et de partenariat interne et externe afin que l'accompagnement soit global et coordonné : c'est tout le sens des obligations législatives (art. 188.3 du CFAS).

Par ailleurs, il importe qu'une information précise soit donnée aux titulaires de l'Aide Médicale sur la portée de l'avantage et surtout sur les structures et services de l'offre de soins telle qu'elle se présente dans le département. Le recours aux soins ayant été souvent différé par ces personnes pour des raisons financières ou du fait d'une éducation sanitaire insuffisante, l'amélioration de l'état de santé est dans ce cas une urgence.

2.5. Admission

La délégation de gestion des demandes d'aide médicale aux organismes d'assurance maladie s'accompagne d'une systématisation des règles d'attribution de l'Aide Médicale (§ 433.3 de la circulaire du 9 mars 1993).

Les textes législatifs prévoient l'attribution automatique de l'Aide Médicale totale du fait de l'ouverture du droit au RMI et de la perception de l'allocation de veuvage (art. 187-2 du CFAS et art. 13 de la *loi n° 93-121 du 27 janvier 1993*, § 321-1 de la circulaire ministérielle du 9 mars 1993). Dans ce cas, la décision d'attribution de l'aide médicale doit être prononcée par le Directeur de la Caisse dans les huit jours à compter du jour de dépôt de la demande (art. 45.2 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Pour les autres demandeurs, la caisse appliquera le barème départemental. A défaut de barème départemental, il sera fait usage de celui défini pour l'attribution de l'Aide Médicale Etat (AME) qui s'appliquera pour la reconnaissance automatique du droit à l'AMD totale (§ 323 de la circulaire du 9 mars 1993).

En ce qui concerne l'AMD partielle, un droit automatique peut également être fixé.

Dans ce cas doivent être déterminées dans le règlement d'aide sociale :

- les majorations appliquées au barème retenu pour l'AME en ce qui concerne les conditions de ressources (§ 323-2 de la circulaire du 9 mars 1993),
- la liste de prestations ou le taux de frais laissé à la charge de l'intéressé en ce qui concerne la portée du droit attribué.

2.6. Notification et titre d'admission

2.6.1. Notification

Elle doit comporter toutes les précisions utiles sur la portée de la décision et sera accompagnée d'une notice qui décrit les avantages du dispositif pour l'intéressé. Elle indique l'obligation qui lui est faite de signaler tout changement intervenu dans sa situation, et mentionne l'information des personnes soumises à l'obligation alimentaire sauf lorsqu'il y a admission de plein droit à la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle : titulaires du RMI ou de l'allocation de veuvage et jeunes de 17 à 25 ans (art. 45-6 du décret du 2 septembre 1954 modifié et § 416 de la circulaire du 9 mars 1993).

Les différents documents d'information à établir sont laissés à l'initiative des partenaires (notification d'accord ou de rejet, notice d'information aux intéressés et aux professionnels de santé, notification aux obligés alimentaires et organismes auprès desquels la demande a été déposée). L'élaboration de documents nationaux sera envisagée sur demande des organismes intéressés.

2.6.2. Titre d'admission

Il s'agit d'une "Carte de droit" du type "Carte de santé" par exemple, permettant :

- au bénéficiaire de justifier de sa qualité,
- aux professionnels de santé de reconnaître tous les aspects du dispositif : portée du droit et champ d'application quant aux prestations et aux bénéficiaires, identification de l'organisme payeur (art. 45-7 du décret du 2 septembre 1954 modifié et § 417 de la circulaire du 9 mars 1993).

2.7. Prestations concernées

L'Aide Médicale totale comprend désormais les mêmes prestations que l'assurance maladie et maternité, y compris les frais d'hospitalisation, le forfait journalier et le cas échéant, les cotisations à l'assurance personnelle si la personne n'a pas de protection sociale (art. 188-1 du CFAS, art. 16 de la *loi n° 92-722 du 29 juillet 1992*).

Le règlement départemental d'Aide Sociale peut prévoir des dispositions plus favorables (art. 188-2 du CFAS) que ce soit en terme de prestations prises en charge ou de tarif de remboursement, ou d'adhésion à une couverture complémentaire (§ 23 de la circulaire du 9 mars 1993).

Dans ce cas, la convention définit les modalités de prise en charge (par le département exclusivement ou bien avec participation le cas échéant, de la Caisse Primaire au titre des prestations supplémentaires).

2.8. *Durée de la prise en charge*

L'Aide Médicale totale ou partielle est désormais accordée légalement pour une durée d'en principe un an. Cette durée peut être réduite si une prise en charge annuelle n'est pas nécessaire (art. 189-6 du CFAS, art. 45-5 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Elle cesse donc d'être un droit à risque ouvert pour devenir un droit "a priori" en contrepartie d'un droit administrativement établi. Ce changement implique que la prise en charge soit établie au regard de toutes les conditions juridiquement reconnues.

Ainsi, en ce qui concerne les personnes d'origine étrangère, la procédure à suivre est la suivante :

Personne en situation régulière au regard des règles relatives à l'entrée et au séjour en France :

- la protection d'assurance maladie est reconnue dans les **conditions habituelles**,
- l'aide médicale peut être accordée pour un an en faveur de l'intéressé et ses ayants droit également en situation régulière :
 - pour l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers lorsque l'intéressé réside depuis plus de 3 ans sur le territoire,
 - pour les seuls frais hospitaliers dans le cas contraire (§ 331.2 de la circulaire ministérielle du 9 mars 1993) ;

Personnes en situation irrégulière :

- pas de protection au titre de l'assurance maladie,
- prise en charge exclusivement par l'aide médicale en application du principe d'accès aux soins sans condition pour toute personne dont l'état de santé le nécessite (§ 332 de la circulaire ministérielle du 9 mars 1993) dans les conditions énoncées ci-dessus à propos de la durée de résidence.

Par ailleurs, en cas de suppression du RMI ou de l'allocation de veuvage, l'étude du droit à l'Aide Médicale dans le cadre des barèmes doit être immédiate pour permettre le maintien de l'Aide Médicale en cas de nécessité (§ 321-4 de la circulaire du 9 mars 1993).

2.9 Réglement aux professionnels de santé

Cette modalité n'est pas différente de celle déjà en place au titre des dispositions de l'*art. L. 182-1 - 2° du Code de la Sécurité Sociale* mais elle inclut désormais la possibilité de déterminer, en cas d'hospitalisation, le montant du ticket modérateur et du forfait journalier.

Au plan informatique, un produit national est en cours d'étude.

Je vous demande de bien vouloir informer les représentants locaux de chaque Profession des modifications intervenues selon les modalités qui vous paraissent le mieux appropriées.

2.10. Soins dispensés dans les établissements d'hospitalisation

L'attention des Caisses est attirée sur la nécessité d'apporter une information précise aux établissements, en ce qui concerne :

- l'accueil des bénéficiaires de l'aide médicale,
- les modalités de facturation des soins.

2.10.1 Prise en charge du malade

La loi du 29 juillet 1992 prévoit l'adhésion à l'assurance personnelle des bénéficiaires de l'aide médicale qui ne peuvent bénéficier d'aucun autre régime d'assurance obligatoire.

Il existe donc une nouvelle catégorie d'assurés que les établissements devront être en mesure de reconnaître, dès l'admission, au vu de la carte d'assuré social (code gestion 87) et du titre d'admission à l'aide médicale (article 7, titre III de la convention-type).

2.10.2 Modalités de facturation

Les montants du ticket modérateur et du forfait journalier apparaîtront sur les bordereaux de facturation mais ne seront pas acquittés par l'assuré.

1) - Dans les établissements de santé publics :

Les établissements facturent le ticket modérateur + le forfait journalier sur le titre de recettes (SP3) qui permet dès à présent de connaître les montants de ces postes.

2) - Dans les établissements visés à l'article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale :

Le bordereau 615 offre toutes les rubriques nécessaires à la facturation des dépenses.

Les éléments de facturation suivants devront apparaître dans la colonne "autre débiteur" du bordereau 615 :

- le ticket modérateur, dans tous les cas n'ouvrant pas droit à l'exonération,
- le forfait journalier.

Par ailleurs, comme le prévoit la Convention type de l'Hospitalisation Privée, les établissements informent le malade, préalablement à son admission, des divers compléments et suppléments dont le paiement est susceptible de leur être réclamé.

En effet, les suppléments qui seraient éventuellement facturés durant le séjour, autres que le supplément "chambre particulière" médicalement justifié, ne sont pas pris en charge par les Caisses ou le Département et seront laissés à la charge de l'assuré quelle que soit l'ouverture des droits dont il fait état.

2.11 - Dispositions financières et comptables

La caisse signataire de la convention paiera pour le compte du Département des prestations d'aide sociale. En contrepartie, le Département accordera une avance de trésorerie et versera une remise de gestion.

SCHEMA DE COMPTABILISATION

A. Enregistrement de l'avance de trésorerie

T 51 Banques et établissements financiers	X	
à T 457882 Aide Sociale		X

B. Paiements aux prestataires de soins

MA 656 Prestations (part du R.G.)	X	
T 457882 Aide Sociale (part du Département)	X	
T 51 Banques et établissements financiers		X

C. Enregistrement des remises de gestion

C.1 Lors de la demande de versement

T 457882 Aide Sociale	X	
GA 70888 Produits divers		X

C.2 Lors du versement effectif

T 51 Banques et établissements financiers	X	
à T 457882 Aide Sociale		X

Remarque : En ce qui concerne les frais de gestion, leur montant est laissé à l'appréciation de la Caisse qui les négociera avec le souci d'un montant le plus proche possible du coût réel.

2.12 Obligations des partenaires

L'Aide Médicale qui devient le complément naturel de l'Assurance Maladie sera d'autant plus efficace que les situations auront été détectées par les partenaires sociaux de façon préventive.

Ce principe implique la mise en oeuvre et le suivi d'un dispositif de "veille sociale" dans le département au sein duquel les services des organismes d'assurance maladie doivent avoir un rôle actif.

Nécessairement, coordination et harmonisation s'imposent lorsque plusieurs caisses primaires sont implantées dans un même département. Il importe dans ce cas que dans la mesure du possible une seule convention soit passée entre ces caisses et le conseil général.

Par ailleurs, la réussite du dispositif Aide Médicale passe par l'obligation d'une information précise tant du public concerné que des professionnels de santé, et d'un suivi permanent des actions engagées.

En ce sens, un modèle national est à l'étude pour recenser les informations utiles à une meilleure connaissance des populations en situation difficile dans le cadre de l'Aide Médicale.

Le phénomène de précarité nécessite en effet :

- une coordination des politiques (cf. dispositif départemental insertion et lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; articles 1 et 2 de la loi* n° 92-722 du 29 juillet 1992*).
- une harmonisation des outils d'analyse et de suivi afin :
 - . de mieux cerner les processus de précarisation et de prévenir celle-ci,
 - . d'adapter les réponses à apporter aux difficultés recensées;
 - . de veiller à l'adéquation entre les dispositifs mis en place et l'évolution des phénomènes observés.

C'est pour cette raison que la convention type impose la création d'un comité de suivi qui aura également pour rôle de traiter de façon partenariale les difficultés et de renforcer la cohésion des actions de lutte contre l'exclusion.

Il est envisagé que les comités de suivi locaux aient une représentation nationale au sein d'une cellule permanente réunissant les représentants des grands régimes et des services ministériels. Elle aura également pour but d'assurer la diffusion, à l'ensemble des organismes, d'informations sur les expériences innovantes sur le sujet. Des précisions sur ce projet seront apportées. D'ores et déjà, les suggestions et observations sont les bienvenues.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

L'Agent Comptable

Jean Paul PHELIPPEAU

Alain BOUREZ

CONVENTION D'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE**ANNEXE**

ETAPES DE LA PROCEDURE DE GESTION PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE	T E X T E S		
	Loi du 29.7.92 (Art. du CFAS)	Décret du 26.3.93 (Art. du Décret du 2.9.54 modifié)	Circulaire ministérielle
			N° 93-7 du 9.3.93 N° 93-1 du 20.1.93

<p>I - TITULAIRES EN RMI AU 1.1.93</p> <p>Opération de régularisation attribuant sans autre formalité le bénéfice de l'Aide Médicale</p> <p>2 - RECEPTION DE LA DEMANDE</p> <p><i>2.1 - Dans les 8 jours suivant le dépôt auprès d'un organisme agréé.</i></p> <p><i>2.2 - Demande simultanée RMI + AM + Assurance personnelle</i></p> <p>3 - COMPETENCE DE L'AMD</p> <p>(recherche du critère de résidence)</p> <p><i>3.1 - Personnes de nationalité étrangère en séjour régulier depuis moins de 3 ans : prise en charge des seuls frais hospitaliers.</i></p> <p><i>3.2 - Personnes de nationalité étrangère en séjour irrégulier : prise en charge des soins nécessaires par le département.</i></p> <p><i>3.3 - Notion de résidence dans le département (définition de la Commission Centrale d'Aide Sociale du Nord du 29.9.92)</i></p> <p><i>Tableau indicatif de répartition de compétence territoriale.</i></p>	<p>Art.189-5 et 189-1</p> <p>Art. 190-1; Art. 124 ; Art. 187-1</p>		<p>§ 321.1 et 321.2</p> <p>§ 411-1 et chapitre V</p> <p>§ 331-2 - 4°</p> <p>§ 332</p> <p>§ 423-2</p> <p>§ 425</p>	<p>§ IV - 1 et IV - 2</p> <p>§ I et III-1</p>
---	--	--	---	---

<p>4 - CONDITIONS DE RESSOURCES</p> <p>4.1 - Ensemble des ressources de toute nature</p> <p>moyenne mensuelle de la dernière année civile (ou des 3 derniers mois si changement significatif)</p> <p>4.2 - Prise en compte des charges</p> <p>lorsque les conditions de ressources pour l'admission de plein droit (totale) ne sont pas remplies.</p> <p>5 CONSTITUTION DU DOSSIER (pièces justificatives)</p> <p>5.1 - Modèle de dossier</p> <p>. pour les RMistes (+ demande d'adhésion à l'assurance personnelle le cas échéant)</p> <p>5.2 - Justificatifs :</p> <p>. attestant la résidence dans le département</p> <p>. composition de la famille</p> <p>. nom et adresse des obligés alimentaires</p> <p>. déclaration de revenus ou attestation sur l'honneur</p> <p>. couverture sociale</p>	<p>Art.187-1 1er §</p> <p>Art. 189-1</p>	<p>Art. 40 à 41-3</p> <p>Art. 41-1</p> <p>Art. 41-4</p>	<p>§ 333-112 et § 333-113</p> <p>§ 333-12</p> <p>§ 413 et § 62</p> <p>§ 333-131</p>	<p>§ III-1 et annexes</p>
---	--	---	---	---------------------------

--	--	--	--	--

<p>6.3 - Cas des jeunes de 17 à 25 ans sans protection sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge totale des cotisations d'assurance personnelle si conditions ressources relatives à l'attribution du RMI remplies. - Application également des dispositions mentionnées au § 6.13 (admission sur barème). <p>6.4 - Aide Médicale partielle</p> <p>Le barème départemental peut fixer des modalités de prise en charge partielle (soit partie des prestations soit partie du ticket modérateur) en déterminant des critères de ressources et de charges.</p> <p>6.5 - Remarque :</p> <p>que l'admission soit totale ou partielle, les cotisations d'assurance personnelle sont prises en charge en totalité.</p>	<p>Art.187-2-2°</p>		<p>§ 322</p>	
<p>7 - DATE D'EFFET</p> <p>7.1 - Titulaires du RMI et de l'allocation veuvage</p> <p>. Admission prend effet à la date d'ouverture du droit à l'avantage.</p> <p>7.2 - Cas d'hospitalisation</p> <p>Effet au jour d'entrée dans l'établissement si la demande est faite dans un délai de 2 mois (délai prolongé de 2 mois au plus).</p>		<p>Art. 41-3 et 41-4</p> <p>Art. 42-1</p>	<p>§ 321-1</p>	

<p>8 - DUREE D'ATTRIBUTION</p> <p><i>8.1 - Cas général : 1 an.</i></p> <p><i>8.2 - Modification de la situation de l'intéressé : l'accord donné peut être revu (les partenaires financiers doivent assurer un suivi).</i></p> <p><i>8.3 - Attribution pour la période utile du fait d'une modification prochaine certaine ou en cas de situation irrégulière d'un étranger ayant besoin de soins.</i></p>	Art.189-6	Art. 45.5	§ 12	§ IV-1 dernier §
<p>9 - NOTIFICATION</p> <p>La décision est notifiée selon modalités définies localement :</p> <ul style="list-style-type: none"> . au demandeur ou son représentant légal avec indication du recouvrement possible auprès des obligés alimentaires en cas d'admission sur barème, . à l'organisme ayant reçu la demande, . aux obligés alimentaires avec indication d'un recouvrement possible en cas d'admission sur barème. <p>N.B : Pour les titulaires du RMI et de l'allocation de veuvage, l'admission de plein droit à l'Aide Sociale totale doit être prononcée dans les 8 jours suivant la date du dépôt de la demande.</p>	Art. 189-4	Art. 45-6	§ 321-3 et 321-4	§ V
		Art. 45-2	§ 416	

