

HARMONISATION DES PROCEDURES, DES OUTILS ET DES CONSIGNES

PROCESSUS DE TRAITEMENT HARMONISE

Le traitement d'une demande d'admission à l'Aide Médicale d'Etat (AME) auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie est décrit en trois phases consécutives et complémentaires (*cf description détaillée du processus et son ordinogramme en annexe 2*).

Le point de départ se situe dans une structure d'accueil ou de pré-accueil et la demande est instruite dans le cadre réglementaire, hors champ d'affiliation à titre humanitaire.

Le premier contact intervient soit à l'initiative du demandeur, soit après une orientation, voire une aide éventuelle d'une association ou d'un CCAS.

L'invitation à déposer en mains propres la demande doit être privilégiée pour permettre le contrôle préalable du remplissage correct de l'imprimé de demande (S.3720) avant instruction par le service AME de la caisse. Le dépôt dans une boîte à lettres doit être proscrit en raison du caractère pénalisant qu'il peut revêtir et du taux de retour qu'il entraîne (temps de traitement des allers retours, affranchissements, non accès aux soins).

OUTILS D'AIDE A L'OPERATEUR

Différents documents ont été réalisés à partir des expériences des caisses et des échanges du groupe dans le but d'assurer une égalité de traitement des demandes et une interprétation commune pour une application des textes à l'identique au niveau de l'ensemble du réseau :

- *L'harmonisation des conditions d'application de la réglementation (annexe 1),*
- *Le processus détaillé du traitement de la demande (annexe 2),*
- *Un guide pédagogique à l'usage des agents ne maîtrisant pas le processus (annexe 3),*
- *Un guide d'entretien à l'usage des agents accueillant les demandeurs d'AME, incluant une grille de calcul des ressources, (annexe 4).*

Ces documents constituent une synthèse commune des éléments nécessaires à un traitement harmonisé des demandes d'AME. Les caisses doivent s'assurer de la cohérence de leurs documentations avec les règles de gestion définies en commun.

CODIFICATION COMMUNE

Numéro National Provisoire (NNP)

L'immatriculation provisoire est réalisée avec un NNP commun aux caisses du réseau pour un demandeur donné, défini suivant les caractéristiques présentées dans l'annexe 2 de la LR- DDO- n°121/2006 du 9 juin 2006.

S V CCC NNNNNNNN

S = Sexe 7 ou 8

V = Valeur égale à Zéro

CCC = Numéro de la Caisse

NNNNNNNN = Numéro d'ordre attribué par l'organisme

Exemple : personne de sexe féminin demandant le bénéfice de l'AME à Vienne (Isère)
8.0.382.12345678.

Code régime à l'ensemble des bénéficiaires de l'AME : 095

Ne pas omettre d'enregistrer une date de début et une date de fin de régime, pour une période de droits qui ne peut excéder 12 mois renouvelable.

Codes contrats

En ce qui concerne l'enregistrement sur PROGRES, une définition nationale des codes contrats (rubrique "code contrat") relatifs à l'AME, pour différencier ceux-ci des codes affectés pour les assurés lambda, a été retenue :

- **04-** AME Totale
- **05-** AME Totale discontinuée (première occurrence)
- **06-** AME Totale discontinuée (seconde occurrence)

Les caisses n'appliquant pas actuellement cette codification sont invitées à modifier leurs procédures dans ce sens pour toute nouvelle admission (1^{ère} demande ou renouvellement).

PROCEDURES DE TRAITEMENT DES REJETS IRIS

La procédure de traitement des rejets IRIS en cas d'utilisation frauduleuse ou abusive de l'attestation de droits, par le bénéficiaire, se décline en 4 points:

1. Fermer le régime,
2. Récupérer l'attestation originale si possible lors d'un entretien,
3. Si demande de remboursement des soins par assuré : refus et le cas échéant saisine du Service en charge des fraudes dans les conditions habituelles.
4. Si flux Tiers Payant, réouverture du régime et paiement du Professionnel de Santé.

HARMONISATION DES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA REGLEMENTATION
--

1. Condition de résidence

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

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

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

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

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

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

2. Condition de ressources

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

Il peut donc s'agir :

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

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

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

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

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

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

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

3. Renouvellement des droits

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

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

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

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

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

4. Dispense d'avance des frais

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

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

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

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