

LETTRE-RÉSEAU

LR-DDO-154/2020

Document consultable dans Médi@m

Date :

01/12/2020

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 :

Prolongation de 3 mois des droits C2S et AME

Liens :

LR-DDO-54/2020

Plan de classement :

P01-04

Emetteur(s) :

DDO

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|---|--|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT | <input type="checkbox"/> Cnam |
| <input checked="" type="checkbox"/> DCF | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> DCGDR | | | |
| <input type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input type="checkbox"/> Régionaux | <input type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Dans le contexte d'état d'urgence sanitaire, les droits à la Complémentaire santé solidaire et à l'Aide Médicale d'Etat sont prolongés de 3 mois. L'accès aux soins urgents est assoupli. Consignes de traitement.

Mots clés :

Complémentaire santé solidaire ; AME ; soins urgents ; COVID ; état d'urgence sanitaire

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Pierre PEIX

**Le Directeur
Comptable et Financier**








Marc SCHOLLER

LETTRE-RESEAU : LR/DDO/154/2020

Date : 01/12/2020

Objet : Prolongation de 3 mois des droits C2S et AME

Affaire suivie par :

Corinne LAMARQUE_ DDO/DISAS/Mission Précarité	 : corinne.lamarque@assurance-maladie.fr
Laurence DEMARCHI_ DDO/DOPP/DGB	 : laurence.demarchi@assurance-maladie.fr
Anthony DUTHOIT_ DIR/DDFC/DMOAC	 : anthony.duthoit@assurance-maladie.fr
Pascal NOE_ DIR/DDGOS/DREGL	 : pascal.noe@assurance-maladie.fr
Virginie GALLAND_ DIR/DDGOS/DREGL	 : virginie.galland@assurance-maladie.fr

La loi n°2020-1379 du 14 novembre 2020 a autorisé la prorogation de l'état d'urgence sanitaire déclaré par le décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020. L'état d'urgence est ainsi prorogé jusqu'au 16 février 2021. En outre, le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 met en œuvre un nouveau confinement à compter 30 octobre 2020.

Dans ce contexte, il a paru nécessaire d'assurer la prise en charge des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'Etat dont un certain nombre pourraient être amenés à ne pas entamer les démarches de renouvellement de leur droit dans des délais permettant d'éviter une rupture de leur couverture.

Pour ce faire, l'article 10 de la loi du 14 novembre 2020 autorise le Gouvernement à rétablir, prolonger (en les modifiant le cas échéant), jusqu'au 16 février 2021, certaines dispositions prises par voie d'ordonnance sur le fondement de l'article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

Sont entre autre visées les mesures prises afin d'assurer la continuité des droits des assurés sociaux et leur accès aux soins et aux droits, notamment ceux de la protection complémentaire en matière de santé.

Une ordonnance en cours de publication prévoit ainsi des dispositions afin de d'assurer la continuité des droits des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'Etat.

Une note d'information de la Direction de la sécurité sociale vers les ARS et les établissements de santé viendra préciser les modalités de prise en charge des frais de santé applicables durant le nouvel état d'urgence sanitaire déclaré le 14 octobre 2020 en raison de l'épidémie de COVID-19 pour les personnes non couvertes par la protection universelle maladie (bénéficiaires de l'AME, demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'AME, personnes sans droit à la protection universelle maladie ouvert).

La présente lettre-réseau décrit les conditions et modalités de mise en œuvre de ces mesures.

1. Complémentaire santé solidaire

Selon le projet d'ordonnance précitée, les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration entre le 30 octobre 2020 et la fin de l'état d'urgence sanitaire bénéficient d'une prolongation de leur droit de trois mois à compter de leur date d'échéance.

Les bénéficiaires concernés par cette mesure sont donc ceux dont le contrat de Complémentaire santé solidaire arrive à échéance entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021. Si ces contrats ont fait l'objet d'un renouvellement ayant donné lieu à enregistrement dans la BDO d'un nouveau contrat C2S de 12 mois, la prolongation de 3 mois est inutile.

Aucune mesure de suspension des délais n'est prévue contrairement à la dernière période d'état d'urgence sanitaire. En conséquence, les dossiers reçus doivent être traités dans les conditions et délais habituels afin d'éviter de donner lieu à un accord implicite.

1.1 Modalités de mise en œuvre de la prolongation

Les modalités retenues pour l'opération de prolongation menée en mars dernier (LR-DDO-54/2020) sont reprises.

L'extraction des droits à renouveler est menée au niveau national. L'extraction a lieu le 2 décembre 2020. Les résultats sont transmis par les CSM aux services informatiques des caisses.

La prolongation concernera tous les bénéficiaires dont les droits n'auront pas pu être renouvelés dans les conditions de droit commun au jour de l'extraction, soit parce que la demande de renouvellement n'aura pas été reçue, soit parce que le dossier de renouvellement n'aura pas été instruit, soit parce que le contrat renouvelé n'aura pas encore été créé dans la BDO, soit parce que l'étude du dossier aura donné lieu à une décision de refus.

Les caisses sont destinataires d'un fichier à exploiter comportant :

- Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, que le gestionnaire de la part complémentaire soit la caisse ou un organisme privé.
- Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière dont la caisse est gestionnaire. Les organismes complémentaires sont chargés de prolonger eux-mêmes les droits Complémentaire santé solidaire avec participation financière dont ils sont gestionnaires.

La prolongation des droits consiste à créer un contrat de 3 mois sous PROGRES, soit unitairement soit de façon massive via le scénario PROWEB existant. Les consignes de saisie figurent en annexe 1. Le descriptif du scénario PROWEB en annexe 2.

Attention : le scénario PROWEB mis à disposition ne permet pas de traiter les contrats C2S avec participation financière. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une saisie manuelle sous PROGRES.

Les bénéficiaires recevront une attestation de droit une fois le contrat de 3 mois créé. Une campagne d'information nationale via OSMOSE sera également lancée à destination de l'ensemble des bénéficiaires concernés (quel que soit le gestionnaire, Cnam ou OC)

➤ C2S sans participation financière :

Un contrat de trois mois doit être créé, prenant la suite du contrat précédent. Le gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire est la caisse même si le droit précédent était géré par un organisme complémentaire.

➤ C2S avec participation financière gérée par la caisse :

Le fichier mis à disposition comporte une colonne portant le top P permettant d'identifier les contrats avec participation financière. Seuls les contrats actifs doivent être prolongés, les contrats suspendus ou fermés ne seront pas sélectionnés. Si entre le moment de l'extraction et le moment de la saisie de la prolongation, une suspension ou une fermeture est intervenue, aucune prolongation ne doit être enregistrée.

La prolongation de la zone technique permettant le contrôle d'intégration des contrats 89P sera quant à elle réalisée automatiquement.

Pendant ces 3 mois supplémentaires, les conditions tarifaires et les modalités de paiement restent les mêmes. Aucun bulletin d'adhésion ou nouvelle autorisation de prélèvement n'est nécessaire. Le projet de texte ne prévoit pas de recueillir l'accord préalable du bénéficiaire avant d'opérer la prolongation et de poursuivre le recouvrement des participations financières. Si un assuré manifestait son désaccord, il y a lieu d'annuler la prolongation et de prévenir le service trésorerie.

Outre la saisie du contrat en BDO, les services gérant la Complémentaire santé solidaire devront enregistrer la prolongation dans la base des adhésions et transmettre aux services trésorerie les informations utiles à la poursuite du recouvrement des participations financières pendant la période prolongée :

- les dossiers d'adhésion doivent être créés dans BADE selon les modalités figurant en annexe 1. Faute de pièces sous DIADEME, les services précarité transmettront, selon des modalités à définir localement, les informations nécessaires au service trésorerie sur la base du fichier utilisé pour la prolongation des droits. Le montant des participations financières à recouvrer correspond au montant annuel précédant divisé par 4. Ce montant doit être indiqué au service trésorerie en même temps que les références du bénéficiaire au titre duquel le paiement des participations financières du foyer est opéré.
- Les dossiers de recouvrement doivent être créés dans PACTOL :
La procédure consiste à créer un nouveau dossier de paiement avec les informations utilisées lors du traitement du dossier de prélèvement initial. Dans le cas où le dossier initial est soldé, cela impose une ressaisie des coordonnées bancaires dans le cadre d'un paiement par prélèvement. Le code DIADEME doit également être reporté pour permettre un suivi plus efficient. Si le dossier de paiement initial est non soldé, il convient d'utiliser la fonction de renouvellement du dossier de paiement afin d'éviter une ressaisie des informations présentes dans le dossier de prélèvement initial.
La création du dossier de paiement pour la prolongation s'effectue avec le NIR du bénéficiaire dans la fonctionnalité SAISIE/DOSSIER DE PAIEMENT. La durée du dossier sera égale à la période comprise entre **Date_Deb_Ren** et **Date_Fin_Ren** inscrites toutes les deux dans la requête de sélection transmise par les services de la Précarité (cf. annexe 1).

➤ ACS

Les derniers contrats ACS ayant été souscrits fin octobre 2019, aucun contrat ACS n'est censé être en vigueur après le 30 octobre 2020. C'est pourquoi l'ACS n'est pas concernée par la prolongation.

Afin d'éviter une rupture de droit aux bénéficiaires dont le contrat ACS arrive à échéance en octobre 2020, les caisses sont invitées à étudier en priorité les dossiers de demande de Complémentaire santé solidaire émanant d'anciens bénéficiaires de l'ACS dès lors qu'elles peuvent les identifier. Ceux n'ayant pas encore déposé de dossier de demande doivent également être incités à le faire au plus tôt après avoir vérifié leur éligibilité via le simulateur sur ameli.fr.

Par ailleurs, l'organisme complémentaire doit proposer un contrat de sortie.

1.2 Articulation avec le renouvellement de droit commun

La prolongation a pour objectif d'éviter une rupture dans la couverture complémentaire lorsque les bénéficiaires ne sont pas en mesure de réaliser les démarches de renouvellement dans les délais.

Si une demande de renouvellement a été déposée, elle doit être étudiée dans les conditions habituelles. Si un bulletin d'adhésion a été retourné, il doit être exploité rapidement. Les renouvellements automatiques concernant les allocataires du RSA ou de l'ASPA doivent être traités mensuellement.

En effet si un droit à la C2S sans participation financière de 12 mois peut être attribué, il doit être prioritaire sur la prolongation.

Si la prolongation est intervenue avant l'étude du renouvellement, il sera le cas échéant nécessaire de l'interrompre (sauf cas particulier cité ci-après). Les règles d'articulation sont précisées en annexe 3.

Important :

- lors d'une prolongation de droit à la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement de participations financières, dans le cas où l'étude du renouvellement amène à attribuer un nouveau droit avec participation financière et pour éviter d'adresser des échéanciers de règlement de participation financière couvrant les mêmes périodes, le nouveau droit renouvelé doit prendre effet à l'issue de la période prolongée de 3 mois.
- Dans la base des adhésions (BADE), les dates de droit sont alimentées automatiquement à partir de la date de réception du bulletin d'adhésion (1^{er} jour du mois qui suit). Pour ces situations, il convient de modifier ces dates début/fin pour les faire coïncider avec le contrat 89 « P » qui sera saisi dans la BDO.

Pour limiter les inconvénients et la lourdeur de la mise en œuvre de la prolongation et de son éventuelle interruption les caisses auront intérêt à lancer les opérations de prolongation mois par mois, après avoir exploité les demandes de renouvellement ou les bulletins d'adhésion en attente de traitement pour les dossiers concernés par la prolongation.

2. Aide Médicale de l'Etat

En application de la loi autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, et des ordonnances prises sur son fondement, les conditions de bénéfice de l'AME sont assouplies depuis la date de mise en place du confinement et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 252-3 du CASF, les personnes dont le droit à l'aide médicale de l'Etat arrive à expiration entre le 30 octobre 2020 et la fin de l'état d'urgence sanitaire, soit le 16 février 2021, bénéficient d'une prolongation de leur droit de trois mois à compter de sa date d'échéance.

Cette prolongation de 3 mois ne donnera pas lieu à fabrication d'une nouvelle carte ou à délivrance d'une attestation. Les cartes qui arrivent à expiration à partir du 30 octobre 2020 doivent être considérées comme valides pour les trois mois supplémentaires à compter de la date d'échéance du droit.

Les professionnels de santé seront informés via une campagne OSMOSE, les établissements de santé via la note d'information de la DSS. Les établissements et professionnels de santé sont invités dans ce cas à consulter systématiquement CDRi ou ADRi pour vérifier les droits.

Une requête est bâtie et lancée au niveau national afin d'identifier les dossiers entrant dans le périmètre d'application de la mesure de prolongation.

La prolongation des droits en BDO devra être réalisée par chaque caisse, manuellement ou via le scénario PROWEB déjà mis à disposition.

Pour ce faire, les listes de bénéficiaires sélectionnés seront transmises par les CSM aux services informatiques des caisses et des CGSS. Le fichier comportera la date de fin des droits prolongés calculée à saisir. Selon que lors de l'enregistrement du droit AME, une date de fin de régime aura ou non été positionnée, la date de fin de régime à saisir le cas échéant sera également calculée (cf. annexe 1).

Attention : Des rejets d'enregistrement de la prolongation peuvent être générés au cours du lancement du scénario PROWEB. Ces rejets sont à exploiter. Si entre le moment de l'extraction des droits à prolonger et le jour de l'enregistrement de la prolongation, le pôle AME a saisi un renouvellement de l'AME, aucune prolongation ne doit intervenir.

A noter : L'instruction des dossiers par les pôles AME est menée dans les conditions habituelles, les cartes sont fabriquées normalement et doivent remises aux bénéficiaires.

L'articulation des droits en cas de renouvellement de l'AME après enregistrement de la prolongation répond au même principe que pour la Complémentaire santé solidaire : en cas de chevauchement, il y a lieu de réduire ou supprimer la prolongation, la prolongation prenant fin à la veille du jour du renouvellement des droits AME.

Les règles à appliquer restent celles décrites dans la LR-DDO-66/2020 (partie V, paragraphe 3).

3. Prise en charge au titre des soins urgents » des frais de santé des personnes ne disposant pas de droits au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME) ou de la protection universelle maladie.

Les « soins urgents » tels que définis à l'article L. 254-1 du CASF sont pris en charge pour les étrangers en situation irrégulière en France et qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME ainsi que pour les demandeurs d'asile majeurs qui résident en France depuis moins de trois mois.

Les soins urgents recouvrent :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de celui d'un enfant à naître ;
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité ;
- tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

L'ensemble des soins destinés à limiter la propagation de l'épidémie de COVID-19 ont donc bien vocation à pouvoir être pris en charge au titre des soins urgents.

Dans le contexte de la crise sanitaire liée à cette épidémie, le dispositif des « soins urgents » est ajusté afin de faciliter la prise en charge sanitaire de toutes les personnes ne disposant pas de droits ouverts ni à l'AME ni à la protection universelle maladie.

Pendant toute la durée de l'état d'urgence sanitaire, la prise en charge de ces personnes au titre des « soins urgents » par les établissements de santé est admise sans nécessité qu'un refus ait été rendu au préalable sur une demande d'AME.

Il est donc possible aux établissements de santé de facturer au titre des soins urgents pendant la durée de l'urgence sanitaire, soit entre le 17 octobre 2020 et le 16 février 2021, avec « dispense de refus d'AME », sans avoir donc à obtenir un justificatif de refus d'AME avant de facturer. L'établissement de santé doit indiquer sur l'avis de somme à payer « SU Dispense de refus AME COVID 19 ».

Le panier des soins susceptibles d'être pris en charge est élargi, afin de faciliter la prise en charge des frais de santé pendant l'épidémie aux frais de transport des personnes concernées, notamment des centres d'hébergement COVID vers des établissements de santé ou pour les transports de retour de l'établissement de santé vers les centres d'hébergement ou le domicile.

L'établissement de santé doit indiquer sur l'avis de somme à payer « SU Dispense de refus AME COVID 19 » et joindre la copie de la facture du transporteur sanitaire à sa caisse pivot selon le circuit habituel.