

CIRCULAIRE

CIR-37/2020

Document consultable dans Médi@m

Date :

27/12/2020

Domaine(s) :

dossier client assurés

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

Objet :

Nouvelles dispositions applicables concernant l'AME et les soins urgents

Liens :

Plan de classement :

P01-07

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT | <input checked="" 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 :

La loi de finances pour 2020 (loi n°2019-1479 du 28/12/2019 publiée au JO 29/12/2019) apporte un certain nombre d'évolutions en matière d'attribution de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de droit des bénéficiaires de l'AME.

Le décret n° 2020-1325 du 30 /10/2020 publié au journal officiel du 1er novembre 2020 précise les modalités d'application de ces mesures.

La présente circulaire détaille ces nouvelles mesures et les dispositions dérogatoires applicables durant la période d'état d'urgence.

Mots clés :

Aide médicale de l'Etat ; AME ; soins urgents ; articles L.251-2 et L.252-1 du CASF ; COVID ; PASS

Le Directeur Général



Thomas FATOME

CIRCULAIRE : 37/2020

Date : 27/12/2020

Objet : Nouvelles dispositions applicables concernant l'AME et les soins urgents

Affaire suivie par : Pascal NOE_DDGOS/DREGL_📧 : reglementation.prestation.cnam@assurance-maladie.fr

L'article 264 de la loi de finances n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 est venu réformer le dispositif de prise en charge des ressortissants étrangers en situation irrégulière.

- L'article L.251-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles (CASF) modifie la condition de résidence ininterrompue de trois mois préalables à l'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME). Désormais, ce droit est conditionné à trois mois de séjour irrégulier sur le territoire. Ainsi, un délai de trois mois de résidence en France à partir de l'expiration du visa ou du titre de séjour est requis pour être éligible à l'AME. Le décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement des données VISABIO qui permet de vérifier la situation des personnes sollicitant le bénéfice des prestations prévues aux articles L.251-1 et L.254-1 du CASF a été publié au JO du 13/06/2020. Une circulaire CIR-DDGOS-502-2020 «Vérification de la nouvelle condition de résidence ininterrompue irrégulière de trois mois pour l'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME)» précise le cadre juridique de la consultation de la base des visas et les modalités d'examen de la condition d'irrégularité de la résidence dans le cadre du traitement d'une demande d'AME.
- L'article L.252-1 du CASF prévoit que la première demande d'AME est déposée, par le demandeur, auprès d'un organisme d'assurance maladie. Cette obligation devait être appliquée à compter du 1^{er} janvier 2021. Toutefois, compte tenu de la crise sanitaire et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de l'épidémie, cette mesure ne sera applicable qu'à compter du 17 février 2021. Ainsi, les premières demandes d'AME qui ne seraient pas déposées physiquement entre le 1^{er} janvier 2021 et le 16 février 2021 seront acceptées et instruites par les caisses d'assurance maladie.
- Un huitième alinéa inséré à l'article L.251-2 du CASF prévoit que pendant une durée pouvant aller jusqu'à neuf mois à compter de l'entrée d'un bénéficiaire dans le dispositif de l'AME, un certain nombre de soins et traitements, programmés et non-urgents, ne seront plus pris en charge, sauf sur dérogation accordée par le service du contrôle médical de la CPAM dans les cas où un défaut de prise en charge pourrait entraîner, pour le bénéficiaire, des conséquences vitales ou graves et durables.

- Le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020¹, pris en application de ce texte met en place :
 - les modalités de prise en charge de certains frais de santé des bénéficiaires majeurs de l'aide médicale de l'Etat, soumis à un délai d'ancienneté de neuf mois, ainsi que les possibilités d'y déroger par une demande de prise en charge dérogatoire visant à obtenir l'accord préalable auprès du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie (par la création des articles R.251-3 à R.251-5 du CASF),
 - les modalités de dépôt des premières demandes d'AME et de prise d'effet du droit ;
 - l'allongement du délai de rétroactivité de l'AME.

- Par ailleurs, la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 a prorogé l'état d'urgence sanitaire déclaré par le décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 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 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, la loi, en son article 10, autorise le Gouvernement à rétablir et prolonger (en les modifiant le cas échéant), jusqu'au 16 février 2021, l'application de 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 la Covid-19. Sont notamment visées les mesures prises afin d'assurer la continuité des droits des assurés sociaux et leur accès aux soins et aux droits.

- L'article 4 de l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 (JO du 10 décembre 2020) prévoit ainsi que les droits des bénéficiaires de l'AME arrivant à échéance entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 inclus bénéficient d'une prolongation de leur droit de trois mois à compter de sa date d'échéance. Par ailleurs, une instruction ministérielle à paraître 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 circulaire décrit les conditions et modalités de mise en œuvre de ces mesures.

I. L'INSTAURATION D'UN DELAI D'ANCIENNETE POUR LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINS ACTES

1) Instauration et modalité de calcul du délai d'ancienneté

En dehors des soins revêtant un caractère d'urgence, les articles L.251-2 et R.251-4 du CASF subordonnent, pour les majeurs, la prise en charge de certains frais de santé à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME de 9 mois.

Ce délai d'ancienneté s'applique à compter de la première admission à l'AME (c'est-à-dire la date d'ouverture du droit à l'AME).

¹: D'autres dispositions du décret concernent la prise en charge des frais de santé des personnes qui cessent d'avoir une résidence régulière en France et font l'objet d'une mesure d'éloignement administrative devenue définitive (ces dispositions sont présentées dans une circulaire distincte).

Il s'applique à nouveau lorsque le droit a expiré et qu'une période de deux ans s'est écoulée depuis la dernière admission. Dans ce cas, le délai de 9 mois court à partir de la nouvelle admission (le droit AME étant en principe ouvert à la date de réception de la nouvelle demande).

Le respect de ce délai de carence par les professionnels de santé suppose qu'ils puissent connaître l'historique des droits AME. Ainsi pour faciliter l'application de ces mesures, les cartes AME mentionneront le « code contrat n°4 » pour les bénéficiaires concernés par ce délai d'ancienneté.

Cette disposition s'applique aux demandeurs de l'AME dont le droit débute à compter du 1^{er} janvier 2021.

2) Liste des prestations concernées par la condition d'ancienneté

Les prestations sont définies par l'article R.251-3 du CASF.

Sont ainsi visées les prestations programmées pour les bénéficiaires majeurs et qui ne présentent pas un caractère d'urgence :

Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :

- « a) Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
- « b) Libérations du médian au canal carpien ;
- « c) Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
- « d) Allogreffes de cornée ;
- « e) Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;
- « f) Rhinoplasties ;
- « g) Pose d'implants cochléaires ;
- « h) Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
- « i) Interventions pour oreilles décollées ;
- « j) Prothèses de genou ;
- « k) Prothèses d'épaule ;
- « l) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
- « m) Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
- « n) Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- « o) Gastroplasties pour obésité ;
- « p) Autres interventions pour obésité ;

Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- « a) les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières citées ci-dessus ;
- « b) les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières citées ci-dessus.

3) Dérogation au délai d'ancienneté :

Par dérogation, lorsque l'absence de réalisation des prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, leur prise en charge est accordée après accord préalable du service du contrôle médical (articles L.251-2 et R.251-5 du CASF).

Le respect de ce délai d'ancienneté par les professionnels est apprécié à partir des éléments présents sur la carte et des codes contrats associés.

La demande de prise en charge dérogatoire est réalisée par le prescripteur sur le formulaire spécifique (cf. point VI) qui l'envoie par voie dématérialisée au service médical, via une messagerie sécurisée, à l'adresse suivante : ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr.

L'avis du service médical est transmis au professionnel de santé par le même canal de messagerie sécurisée qui le tient à disposition du bénéficiaire.

L'absence de réponse du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge.

Si les soins visés sont par ailleurs subordonnés à l'accord préalable du service du contrôle médical en application de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, il est nécessaire de procéder aux deux demandes simultanément. La prise en charge est alors subordonnée aux deux accords du service du contrôle médical.

L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

II. LA PRESENCE PHYSIQUE DU DEMANDEUR POUR DEPOSER UNE PREMIERE DEMANDE

1) Le principe assorti d'un certain nombre de dérogations :

La demande initiale doit être déposée physiquement par le demandeur ou un membre majeur de son foyer auprès de l'organisme d'assurance maladie de son lieu de résidence, éventuellement auprès d'une maison de services au public.

Seules les premières demandes d'AME sont concernées par la mesure. Les demandes de renouvellement continuent à être déposées selon les modalités actuellement en vigueur (dépôt ou envoi) et auprès des organismes habituels (organismes d'assurance maladie, établissement de santé dans lesquels le demandeur est pris en charge ; centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ; services sanitaires et sociaux du département de résidence; associations ou organismes à but non lucratif agréés). Pour l'application de cette mesure, ne sont pas considérés comme des premières demandes les dossiers déposés dans les 2 ans suivant le dépôt d'un précédent dossier de demande d'AME. Toute nouvelle demande formulée dans ce délai de 2 ans pourra être envoyée ou déposée comme prévu pour les renouvellements.

Par exception, la première demande d'AME peut être déposée auprès d'un établissement de santé [ou une PASS hospitalière] dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge. La présence du cachet de l'établissement ou de la PASS sur le formulaire de demande d'AME et/ou d'un bulletin d'hospitalisation, d'une attestation de l'établissement précisant les dates de consultations joint au dossier, permet d'identifier ces situations d'exception.

Des dérogations au principe de dépôt en caisse par le demandeur sont également prévues par l'article D.252-2 du CASF lorsque :

- Le demandeur est un mineur isolé, la demande peut être déposée ou envoyée à l'organisme d'assurance maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ;

- Le demandeur est placé sous un régime de tutelle ou de curatelle, son tuteur ou curateur peut déposer sa première demande d'aide médicale de l'État dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un extrait du jugement de tutelle /curatelle doit être fourni ;
- Le demandeur a une mobilité réduite, sa première demande d'AME peut être déposée dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un justificatif de la situation ou une attestation sur l'honneur doit être fourni.

Aucune dérogation n'est prévue en cas de fermeture des droits à la prise en charge des frais de santé pour défaut de régularité du séjour en France. La personne devra déposer sa première demande d'AME selon les modalités prévues.

La présence de l'ensemble des membres du foyer demandeur n'est pas requise pour déposer le dossier à la caisse. L'intéressé peut être accompagné, notamment s'il ne maîtrise pas la langue française.

Selon l'article D.252-2 du CASF, le dossier doit être déposé auprès de l'organisme d'assurance maladie du lieu de résidence du demandeur. Sont visés les sites d'accueil des organismes, mais également les lieux où des agents des caisses assurent des permanences sous réserve que le demandeur d'AME soit présent lors de la remise du dossier. Le texte ouvre également la possibilité de dépôt auprès d'une maison de services au public habilitée par les organismes d'assurance maladie.

2) Les modalités de dépôt des premières demandes d'AME durant la période d'urgence sanitaire :

Concernant les premières demandes d'AME, l'obligation de dépôt physique auprès de la caisse d'assurance maladie, définie à l'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles, devait être appliquée le 1^{er} janvier 2021, avec l'entrée en vigueur des dernières dispositions du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France, qui précise le champ des dérogations à ce dépôt physique des primo-demandes.

Toutefois, compte tenu de la crise sanitaire et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de la Covid-19 les caisses doivent continuer d'accepter et d'instruire les premières demandes d'AME qui ne seraient pas déposées physiquement auprès d'une caisse d'Assurance Maladie entre le 1er janvier 2021 et la fin de l'état d'urgence sanitaire, soit le 16 février 2021. À partir du 17 février 2021, les demandes d'AME devront être déposées à l'accueil.

III. L'ALLONGEMENT DU DELAI DE RETROACTIVITE

Les droits à l'AME démarrent normalement à compter du jour du dépôt du dossier (même incomplet).

En cas d'hospitalisation ou de soins, les droits peuvent être rétroactivement ouverts à compter de la date d'entrée dans l'établissement ou de la date des soins, sous réserve que la demande ait été reçue dans un certain délai à compter de la date de l'hospitalisation ou des soins : ce délai de 30 jours est porté à 90 jours pour les dossiers déposés à compter du 1^{er} janvier 2021.

Pour que la rétroactivité puisse être appliquée, les conditions d'attribution de l'AME doivent être remplies à la date d'entrée dans l'établissement ou des soins.

IV. LA PROLONGATION DES DROITS PENDANT L'ÉTAT D'URGENCE

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'AME 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.

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

Les établissements et professionnels de santé sont également invités dans ce cas à consulter systématiquement CDRi ou ADRI pour vérifier les droits.

V. LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE DES PERSONNES NE DISPOSANT PAS DE DROITS AU TITRE DE L'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.

4) LES FORMULAIRES

A compter du 1^{er} janvier 2021, la nouvelle version du formulaire de demande d'AME S3720G (Annexe 1) et le nouveau formulaire de demande d'accord préalable pour les soins hospitaliers et les soins de ville S3187 (Annexe 2) sont mis en ligne sur ameli.fr. Ces formulaires doivent être utilisés à compter du 1^{er} janvier 2021.

✓ Le formulaire de demande d'AME

- Numéro formulaire : 11573*08
- Numéro notice : 50741#08
- Numéro interne : S3720g

Evolutions de la notice	<ul style="list-style-type: none">- La condition de séjour irrégulier de 3 mois minimum sur le territoire en précisant que cette période se décompte au-delà de la validité du visa, de la période de dispense de visa ou de la période de libre circulation ;- Pour les primo-demandes, obligation de dépôt de la demande en personne à la CPAM, sauf si la personne est soignée en hôpital ou en PASS ; indication des personnes exonérées de cette condition (mineurs isolés, personnes handicapées ou à mobilité réduite qui doivent présenter un justificatif de situation ou attestation sur l'honneur de situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement, personnes sous tutelle ou curatelle qui doivent présenter un extrait de jugement de tutelle ou de curatelle renforcée).
Evolutions de l'imprimé	<ul style="list-style-type: none">- Mention d'information relative au traitement de données issues de VISABIO pour l'instruction des demandes d'aide médicale d'Etat ;- Rétroactivité si demande présentée dans un délai de 90 jours à compter de la sortie de l'établissement.

Les caisses pourront être amenées à recevoir des demandes d'AME sur l'ancien imprimé S3720f, jusqu'à la diffusion effective du nouvel imprimé S 3720 g qui interviendra fin mars 2021. Les demandes seront instruites selon les nouvelles conditions en vigueur

✓ Le formulaire de demande préalable de prise en charge

- Numéro du formulaire Cerfa : 16122*01
- Numéro de la notice : 52339#01
- Numéro interne : S3187

Le formulaire n'est à établir que pour les soins programmés non urgents des bénéficiaires majeurs présentant une carte mentionnant le code contrat n° 4 et dont le délai de 9 mois à partir de la date d'attribution n'est pas échu à la date des soins (cf. procédure § I).

Annexe 1 : Formulaire de demande d'AME S3720G

Annexe 2 : Formulaire de demande d'accord préalable pour les soins hospitaliers et les soins de ville S3187