



PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES

1. Généralités

L'octroi des aides financières individuelles doit être lié aux dépenses causées par une maladie, une maternité, un accident du travail, un handicap et à leurs conséquences directes dans le foyer intéressé.

Ces aides ont notamment pour objet de leur permettre un égal accès aux droits et aux soins ainsi qu'un maintien à domicile dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Plusieurs aides peuvent être simultanément attribuées sur un même dossier lorsque la situation le requiert.

Tout renouvellement doit faire l'objet d'une nouvelle décision prise après nouvel examen de la situation individuelle.

Une aide financière ne peut pas être renouvelée de façon systématique.

L'attribution des aides sur frais engagés nécessite la fourniture par le demandeur d'un justificatif (facture ou devis) attestant de la réalité de la dépense pour le règlement de laquelle l'aide est sollicitée.

Cette aide pourra en tant que de besoin être réglée directement près du tiers concerné

Il s'agit de prestations dites « extra légales » qui sont attribuées ou refusées par la commission des prestations supplémentaires et aides financières (PS/AFI), qui décide de manière souveraine, après un examen particulier de chaque demande et sous réserve des disponibilités budgétaires.

Les décisions prises dans ce cadre doivent être motivées et ne peuvent donc faire l'objet d'aucun recours contentieux ni juridictionnel.

1.1. Les assurés concernés par les prestations supplémentaires et les aides financières individuelles

Les aides individuelles sont accordées aux assurés affiliés à la CPAM de Meurthe et Moselle, à jour de leurs droits à la date de la demande et leurs ayant droits ainsi qu'aux assurés relevant des sections locales mutualistes.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les travailleurs indépendants ont été intégrés au régime général.

Ils bénéficient des mêmes prestations ASS que les salariés. On parle alors d'aides ASS non spécifiques. Elles sont liées à la personne et non à sa qualité de travailleur indépendant. Elles ont trait au domaine de l'accès aux droits ou aux soins et relèvent de la compétence de la caisse de résidence de l'assuré.

A contrario, il existe des aides spécifiques aux travailleurs indépendants et/ou du régime financeur (invalidité / décès). Elles relèvent de la compétence d'une caisse référente (Cpam 51 pour le Grand Est). Les décisions sont prises par l'IRPSTI (Instance Régionale de protection sociale des travailleurs indépendants) du Grand Est.

Publics Cible prioritaires :

Les aides individuelles sont accordées prioritairement aux assurés sociaux les plus fragiles et vulnérables :

- Les familles mono parentales.
- Les personnes isolées.
- Les personnes âgées.
- Les personnes en situation de handicap.
- Les chômeurs de longue durée.
- Les assurés souffrant de pathologies lourdes ou invalidantes.
- Les aidants familiaux.

1.2. La demande de PS et AFI

1.2.1. Constitution des dossiers

L'action sanitaire et sociale développée par la caisse se fait systématiquement sur la base d'un dossier de demande d'intervention mis à disposition du ressortissant , qui le remplit et le retourne près des services administratifs de l'organisme avec les pièces justificatives nécessaires.

Les assurés formulent leur demande sur un imprimé spécifique sur lequel sont demandés de déclarer sur l'honneur les charges et ressources du demandeur et des membres du foyer le composant.

L'appréciation des ressources du demandeur permet de déterminer la participation de celui-ci au financement des aides d'action sanitaire et sociale.

Toute fausse déclaration intentionnelle du demandeur sera sanctionnée par la suppression immédiate de l'aide et son remboursement, sans préjudice d'éventuelles poursuites judiciaires.

Des contrôles a priori et a posteriori pourront être réalisés quant à la réalité de la situation du demandeur afin de s'assurer tant des conditions d'octroi que de l'utilisation de l'aide éventuellement allouée.

1.2.2 Composition de la famille

Il s'agit de toutes les personnes qui vivent sous le même toit.

1.2.3. Ressources à prendre en considération

Les ressources prises en compte par la Commission PS/AFI sont l'ensemble des revenus perçus habituellement au foyer de l'assuré (personne seule ou ménage) au cours des 3 mois précédant la date de la demande initiale, de prolongation ou de renouvellement.

Les ressources du demandeur, de son conjoint, concubin ou pacsé prises en compte, sont constituées par le montant du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition.

Le questionnaire est déclaratif pour partie mais des pièces justificatives sont **exigées** pour :

- Les devis ou factures.
- Les prescriptions médicales.
- Les prises en charge ou refus des organismes complémentaires et autres financeurs potentiels.

Les ressources à prendre en compte sont :

- Salaires y compris les revenus perçus à l'étranger (UE ou hors UE)
- Retraites.
- Rentes.
- Indemnités arrêt travail.
- Compléments de salaires.
- Indemnités chômage.
- Allocations de toute nature versées par la caf.
- Pensions alimentaires reçues.
- Allocation tierce personnes et majorations de pensions pour tierce personne.
- Revenus immobiliers.
- Revenus mobiliers.

Remarque : en cas de revenus exceptionnels (exemple : 13ème mois, indemnité licenciement...) : ils sont précisés et mensualisés.

Cas particuliers :

Lorsque vivent sous le même toit :

- Des enfants adultes qui hébergent des parents âgés.
- Des parents qui hébergent des enfants majeurs en difficulté.
- Des fratries qui s'entraident.

Les ressources et les charges de tous les membres sont demandées et prises en compte.

➤ Pour des personnes sans lien de parenté qui s'entraident, seules les ressources et les charges du demandeur sont retenues.

1.2.4 Charges à prendre en compte.

Le demandeur déclare toutes ses charges.

Dans l'analyse de la situation, ne sont prises en compte que les charges fixes et incompressibles mensualisées à savoir :

- Charges inhérentes au logement : loyer, crédit accession propriété, frais hébergement EHPAD, chauffage, assurance habitation, impôts locaux, impôts fonciers, eau, gaz, électricité.
- Charges inhérentes à la santé : Adhésion à une complémentaire santé.
- Charges de communication : téléphone et internet dans la limite d'un plafond de 50 € par foyer.
- Impôt sur le revenu.
- Le montant des divers crédits (consommation,) et autres dettes sont donnés à titre d'information.

Le cas échéant, le montant de l'APA ou de la PCH perçu par le demandeur ou un membre de sa famille est donné à titre indicatif et mentionné sur l'exposé puisque versé à hauteur des dépenses correspondantes (donc neutralisation tant en ressources qu'en charges).

1.3 Le reste à vivre.

Le reste à vivre est ce dont le foyer dispose pour vivre un mois quand il a payé ses charges fixes. Il prend en compte les ressources du foyer moins les charges, divisé par le nombre de personnes au foyer et par 30 jours.

Pour les pertes de revenus, les situations de précarité ou l'attribution des aides individuelles, la présentation du reste à vivre permet de construire des solutions d'appui temporaire, en tenant compte des accidents de vie liés à la maladie, à l'accident du travail ou au handicap.

Il est calculé et présenté dans l'exposé à titre indicatif, comme aide à la décision.

Pour les pertes de revenus, le reste à vivre est calculé par les assistantes sociales avec les éléments recueillis lors de l'enquête sociale. Les assistantes sociales définissent un plan d'aide avec les assurés et formulent une proposition d'aides financières en fonction de la situation sociale et économique de l'assuré.

Pour les autres aides, en fonction de critères de fragilité définis pour tenir compte de la situation du demandeur et personnaliser l'attribution de l'aide, (personne isolée, personne de + 67 ans, famille monoparentale..), un pourcentage de prise en charge supplémentaire pourra être appliqué aux aides individuelles dites « au cas par cas » ou

aux aides pour lesquelles un forfait a été déterminé

La notion de reste à vivre ne s'applique pas aux aides relatives au handicap.

1.4 Description de la situation.

Chaque dossier fait l'objet d'un examen au cas par cas qui tient compte à la fois de la situation financière, mais également de la situation familiale, sociale, environnementale et éventuellement exceptionnelle (problème ponctuel).

Toutes les composantes de la demande sont prises en compte et analysées.

Elle tient compte de tous les éléments connus notamment, ALD, adhésion organisme complémentaire

1.5 Nature de la demande.

La demande peut être présentée sur la base d'une facture ou d'un devis, exception faite pour les plans de traitement dentaires, des aides auditives et de l'optique où l'examen de la demande est fait uniquement sur devis.

Dans tous les cas, la participation prestation légale et autres financeurs (dont organisme complémentaire) est indiquée.

Pour les demandes de plan de traitement dentaire, le barème de prise en charge de la clinique dentaire est fourni, à titre indicatif, pour permettre aux conseillers de se fixer une référence sur le montant des soins pratiqués.

Le règlement intervient en général sur présentation d'une facture acquittée sauf pour les factures des établissements hospitaliers, et de la clinique dentaire.

Cas particulier : le règlement à un autre tiers doit faire l'objet d'une décision explicite prise au cas par cas par la commission, ou par le président de la commission s'il a reçu délégation des autres membres à cet effet.

1.6 Historique des demandes antérieures

Il est systématiquement présenté lors de l'exposé.

1.7 Notification des décisions

Dans tous les cas, la commission doit motiver ses refus.

Une grille des motifs de refus les plus courants a été établis. Elle figure en annexe du présent règlement.

L'ensemble des décisions prises en commission PS/AFI font l'objet d'un procès-verbal soumis à la MNC pour approbation via l'appli TACLE. Un délai de 10 jours lui est donné pour toutes remarques sur les décisions prises.

2 Tableau synoptique des prises en charge possibles mais non limitatives dans le motif de demandes

Nature de aide	Position retenue
1 ^{ère} PS ticket modérateur	<p>Analyse au cas par cas</p> <p>Si première demande : prise en charge conditionnée à l'adhésion à une complémentaire santé (accord de principe donné par la Commission pour motiver et sécuriser l'adhésion)</p> <p>Si nouvelle demande postérieure pour même motif : étude au cas par cas</p>
Forfait journalier hospitalier	Étude au cas par cas idem ticket modérateur
2 ^{ème} PS frais de transport non remboursable en prestations légales	<p>Ne sont pris en compte que les transports médicalement prescrits (prescription médicale exigée) mais non pris en charge en prestations légales</p> <p>Analyse au cas par cas</p>
Frais de transports individuels pour les assurés se rendant au CMP	Remboursement systématique des assurés sans condition de ressources sur présentation de l'état de frais
Frais de transports collectifs pour les assurés se rendant au CMP	Remboursement direct au CMP sur présentation des factures acquittées
Aide Financière Individuelle frais de transport	<p>Transports non médicalement prescrits : exemple pour visiter un enfant malade, ou transports de personnes isolées sans moyen de locomotion pour se rendre chez un professionnel de santé.</p> <p>Calcul de l'aide maximale possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ sur base transports en véhicule personnel (tarif réglementaire 5 CH) ➤ ou base transport en commun si transport en commun utilisé <p>Analyse au cas par cas</p>
Plan de traitement dentaire	<p>A compter du 1^{er} janvier 2021, la réforme du 100% santé s'applique pleinement.</p> <p>La commission prend en charge des soins figurant dans le panier à honoraires modérés selon les dispositions vues dans le paragraphe relatif au reste à vivre .</p> <p>Le panier à honoraires libres fait l'objet d'un refus. Les demandes sont examinées sur la base d'un devis.</p>
Les aides auditives	<p>A compter du 1^{er} janvier 2021, la réforme du 100 % santé s'applique pleinement.</p> <p>Une prise en charge sera possible pour le panier de soins de la classe II si un certificat du médecin traitant ou d'un ORL stipule qu'il n'existe pas d'autre alternative thérapeutique ou si l'assuré social ou l'ayant droit est suivi dans un établissement spécialisé</p>

	<p>Les demandes sont examinées sur la base d'un devis. Si prise en charge dérogatoire, application d'un forfait de 250 euros par oreille, modulable en fonction de critères de fragilité</p>
Les aides optiques	<p>A compter du 1^{er} janvier 2021, la réforme du 100 % santé s'applique pleinement.</p> <p>Une prise en charge sera possible pour le panier de soins de la classe II si un certificat d'un ophtalmologue stipule qu'il n'existe pas d'autre alternative thérapeutique ou si l'assuré social ou l'ayant droit est suivi dans un établissement spécialisé Les demandes sont examinées sur la base d'un devis.</p> <p>Si prise en charge dérogatoire, application hors monture des dispositions relatives au reste à vivre, modulable en fonction de critères de fragilité</p>
Exclusions de prises en charge pour le 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> - Les assurés sociaux n'ayant pas souscrit de contrat dit responsable auprès d'un organisme complémentaire - Les assurés sociaux bénéficiaires du régime local qui n'ont pas adhéré à un organisme complémentaire
Frais d'orthodontie adulte ou traitement dentaire hors NGAP	<p>Approche favorable si service dentaire justifie les soins d'un point de vue médical Pas de base de calcul d'une aide a priori Étude au cas par cas</p>
Suppléments articles LPP (hors MDPH)	Étude au cas par cas avec avis du service médical
Articles non pris en charge par LPP (hors MDPH)	Étude au cas par cas avec avis du service médical
Hébergement cures thermales	Pas d'aide possible car il existe déjà une prestation supplémentaire obligatoire hébergement et transport pour les assurés aux revenus faibles et les cures thermales sans hospitalisation ne constituent pas un objectif prioritaire
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laits spéciaux pour bébés ➤ Frais liés à l'incontinence ➤ Traitements non pris en charge en prestations légales (pharmacie, analyse...) 	<p>A titre indicatif, calcul d'un surcoût par rapport à achat de lait maternisé, ou coût complet au-delà de 9 mois.</p> <p>Si pas de prise en charge par APA ou PCH, base forfaitaire de 100 euros par mois à l'instar des bénéficiaires APA ou PCH. Frais réels pour autres dépenses.</p> <p>Justification médicale du médecin conseil demandée systématiquement puis analyse au cas par cas</p>

Secours précarité	<p>➤ <u>Assuré en arrêt de travail</u> :</p> <p>L'arrêt de travail doit avoir entraîné une perte de salaire. Le calcul de la perte de salaire est limité à un an maximum. Elle est calculée par les services administratifs. Une évaluation sociale est réalisée obligatoirement et l'assistante sociale propose un montant d'aide. Sauf exception, la commission n'accorde pas d'aide supérieure à la perte de salaire.</p> <p>➤ <u>Assuré en invalidité</u></p> <p>La diminution des ressources liée à une mise en invalidité peut entraîner des difficultés momentanées. Une évaluation sociale est réalisée obligatoirement et l'assistante sociale propose un montant d'aide. Sauf exception, pas de paiement à un tiers.</p> <p>Cas particulier, retard de paiement IJ ou attente liquidation définitive pension invalidité : Possibilité d'une aide financière au cas par cas si situation particulière.</p>
Droits non ouverts	<p>Calcul des IJ qui auraient pu être versées si droits ouverts au prorata du nombre d'heures travaillées.</p> <p>Remarque : en fonction de la situation, une aide au-delà des IJ peut être allouée ; dans ce cas le dossier est requalifié en précarité.</p>
Prêts aux assurés à taux 0	<p>- pour toute demande d'aide financière dès lors que la Commission juge qu'il faut apporter une aide remboursable, selon la capacité financière du demandeur</p> <p>- pour des situations où l'assuré a contesté une reprise de travail fixée par le Médecin Conseil avec attente d'expertise médicale, ou attente d'indemnisation par une compagnie d'assurance si accident par tiers responsable ou attente liquidation définitive pension invalidité.</p> <p>Dans ces situations, prévalence du principe de non enrichissement sans cause.</p> <p>Montant du prêt fixé par commission</p> <p>Modalités de remboursement discutées entre responsable administratif, qui a délégation de la commission, et assuré pour tenir compte de sa capacité à rembourser.</p> <p>En cas d'accord, un contrat de prêt est établi et signé par l'assuré et la caisse.</p> <p>Suivi du dossier par Secrétariat des PS.</p> <p>En cas de dégradation de la situation financière le montant du prêt restant dû peut, sur décision de la commission, être transformé en aide financière (précarité)</p>

NATURE DE LA PRESTATION	MONTANT DU FORFAIT	OBSERVATIONS
Semelles orthopédiques et orthèses plantaires	40 € la paire	Une fois par an. Prise en charge plafonnée à 120 euros
Prothèse capillaire	500 €	Plafonnée en fonction du prix d'achat .
Traitement parodontie	50 € par sextant	Soit 300 € pour les 6 sextants
Orthodontie enfant	400 € par an	<p>-Durant 6 semestres maximum à condition que le traitement commence avant le 16^{ème} anniversaire</p> <p>-pour les traitements commencés entre 16 et 17 ans (avec un critère de précarité)</p>
<p>Séances d'ergothérapie et de psychomotricité : Quelle que soit la prestation sollicitée (bilan, transports, reste à charge sur des séances d'ergothérapie), la CPAM demandera à la famille de fournir la notification de prise en charge établie par la MDPH.</p>	<p>Ne seront présentées à la Commission PS/AFI que les demandes d'aide financière pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les bilans (jamais pris en charge par la MDPH), ✓ les soins pour les enfants de l'ASE, ✓ les soins non pris en charge par la MDPH. 	<p>Bilan pris en charge en totalité</p> <p>Prise en charge totale (afin d'éviter un déclenchement de prestations familiales)</p> <p>50 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 500 €)</p>
Séances de psychologue pour les adultes	50 € par séance	50 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 500 € par an)