l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Meurthe-et-Moselle

.REGLEMENT INTERIEUR.

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

SOMMAIRE

1- INTRODUCTION - Cadre Général

(Page 3)

2- EXAMEN DES DEMANDES PAR LA COMMISSION DES PS ET AFI

(Page5)

3- DISPOSITIF LOCAL D'AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE

(Page 18)

4- AIDE AU RETOUR ET MAINTIENT A DOMICILE

(Page 21)

5- LES SUBVENTIONS AUX ASSOCIATIONS

(Page 24)

6- DISPOSITIF NATIONAL DE MAINTIEN A DOMICILE DANS LE CADRE DES SOINS PALLIATIFS

(Page 28)

7- REGLEMENT DES PRESTATIONS EXTRA LEGALES APRES DECES DU DEMANDEUR

(Page 32)

1. INTRODUCTION

Le code de la Sécurité sociale Article L.262-1 du code de la sécurité sociale (modifié par la loi 2004-810 du 17 août 2004)) stipule que les caisses primaires et les caisses régionales exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité.

La CPAM de Meurthe et Moselle accorde, dans le cadre de son action sanitaire et sociale, des aides individuelles ou collectives au bénéfice de ses ressortissants et de leurs ayants droit, afin de les aider à faire face aux difficultés de tous ordres qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne, professionnelle ou personnelle.

L'action sanitaire et sociale de la CPAM s'inscrit dans les orientations nationales ASS suivantes pour les années 2018-2022, qui donne le sens à notre action locale :

➲Développer l'accompagnement des publics fragiles

Le principe fondateur reste la réponse à une difficulté en lien avec la santé, impliquant de conditionner les aides « précarité » allouées pour des difficultés financières, au titre du logement, de l'alimentation, de la scolarisation, du surendettement, à un fait générateur lié à la maladie ou au handicap.

Au-delà des critères de ressources et des taux de prises en charge, plusieurs problématiques qui peuvent se conjuguer, conduisent à des difficultés effectives d'accès aux soins auxquelles les aides individuelles peuvent ponctuellement répondre.

➲Adapter l'ASS au regard des réformes de la couverture santé solidaire et de la mise en œuvre du 100% santé

L'intervention traditionnelle des commissions d'actions sanitaires et sociales pour solvabiliser les soins et prestations dans les domaines de l'auditif, de l'optique et du bucco-dentaire, doit désormais s'apprécier au regard de la mise en œuvre de la réforme du 100% Santé et du panier de soins qui couvre un périmètre large et de qualité.

De façon marginale, des considérations médicales et individualisées peuvent rendre pertinent le recours à des prestations issues du panier 2 (dit « à reste à charge modéré »), voire du panier 3 à dépassement libre. Néanmoins, ces situations doivent rester dérogatoires compte tenu du périmètre étendu et de la qualité du panier 1, les politiques de prise en charge en ASS ne devant pas constituer une incitation au dépassement des tarifs conventionnels négociés avec la profession.

En matière de complémentaire santé, et dans la continuité des orientations précédentes, l'adhésion à une couverture complémentaire reste essentielle pour faciliter l'accès aux soins.
Le rôle premier du Fonds national d'action sanitaire et sociale, s'il n'est pas de compléter systématiquement les dispositifs légaux par des aides additionnelles, peut utilement appuyer le nouveau dispositif de Complémentaire Santé Solidaire, notamment en limitant les effets de seuils.

➲Renforcer l'engagement de l'Assurance Maladie en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

Afin de prévenir le risque de désinsertion professionnelle lié à un arrêt de travail de longue durée, les CPAM ont été amenées à développer des accompagnements plus préventifs et plus individualisés dans le cadre des programmes de prévention de la désinsertion professionnelle.

Cette orientation est un axe majeur des COG maladie et risques professionnels.

A ce jour, l'action concertée des services sociaux, des services médicaux, des CPAM et des acteurs institutionnels et associatifs locaux, permet la mise en place d'actions déjà bien identifiées (primes de fin de rééducation professionnelle, actions de remobilisation précoce, contrats de rééducation professionnelle pour les stages effectués dans les centres régionaux de rééducation professionnelle).

➲Prendre en compte les impacts de l'organisation territoriale des soins et de la mobilité

La concentration de l'offre de soins, y compris de premier recours, dans les grandes agglomérations et les obstacles à la mobilité (absence d'autonomie, isolement, ou coût financier) contribuent au développement de déserts médicaux et au renoncement aux soins.

➲Poursuivre le soutien aux dispositifs de retour et de maintien à domicile

Les actions de maintien à domicile se sont structurées autour de 3 publics (personnes en situation de handicap, les personnes malades et celles en fin de vie).
En effet, les enjeux financiers et sociétaux du maintien à domicile et de la sécurisation des retours à domicile après hospitalisation sont majeurs.

Si l'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie n'a pas vocation à se substituer à la prise en charge de l'ambulatoire, qui relève de l'organisation des soins, elle a vocation à favoriser le retour et maintien à domicile des personnes fragiles.

Concernant PRADO, qui fait partie des dispositifs de retour à domicile, la possibilité d'actionner les fonds d'action sanitaire et sociale pour répondre de la façon la plus pertinente aux besoins des assurés s'est révélé un levier très positif.

➲Inscrire l'attribution des aides collectives dans la politique locale territoriale locale

L'attribution de subventions de fonctionnement aux associations locales œuvrant dans le domaine de l'aide aux malades ou du handicap peut être un levier efficace pour accompagner les actions partenariales de la CPAM sur la stratégie d'accès aux droits ou aux soins et de l'inclusion numérique.

2. EXAMEN DES DEMANDES PAR LA COMMISSION DES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES

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.

2.1. 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 1er 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

2.2. La demande de PS et AFI

2.2.1. 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.

2.2.2 Composition de la famille

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

2.2.3. 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, etc.) : 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.

2.2.4 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).

2.3 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.

2.4 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.

2.5 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.

2.6 Historique des demandes antérieures

Il est systématiquement présenté lors de l'exposé.

2.7 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'applicatif TACLE.

Un délai de 10 jours lui est donné pour toutes remarques sur les décisions prises.

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

Nature de l'aide	Position retenue
1ère PS ticket modérateur	Analyse au cas par cas Si première demande : incitation à adhérer à une complémentaire santé en cas d'accord et en cas de refus, le motif peut s'appuyer sur l'absence d'adhésion à une complémentaire santé Si nouvelle demande postérieure pour même motif : étude au cas par cas
Forfait journalier hospitalier	Étude au cas par cas idem ticket modérateur
2ème PS frais de transport non remboursable en prestations légales	Ne sont pris en compte que les transports médicalement prescrits (prescription médicale exigée) mais non pris en charge en prestations légales Analyse au cas par cas
Frais de transports individuels pour les assures 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 assures se rendant au CMP	Remboursement direct au CMP sur présentation des factures acquittées
Aide Financière Individuelle frais de transport prescrits ou non prescrits	Exemple pour visiter un enfant malade, ou transports de personnes isolées, sans moyen de locomotion pour se rendre chez un professionnel de santé situé en zone blanche. Calcul de l'aide maximale possible : ➢ sur base transports en véhicule personnel (tarif règlementaire 5 CH) ➢ ou base transport en commun si transport en commun utilisé Analyse au cas par cas
Plan de traitement dentaire	A compter du 1er janvier 2021, la réforme du 100% santé s'applique pleinement. 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 . Le panier à honoraires libres fait l'objet d'un refus. Les demandes sont examinées sur la base d'un devis.

Les aides auditives	A compter du 1er janvier 2021, la réforme du 100 % santé s'applique pleinement. 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 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
Les aides optiques	A compter du 1er janvier 2021, la réforme du 100 % santé s'applique pleinement. 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. Si prise en charge dérogatoire, application hors monture des dispositions relatives au reste à vivre, modulable en fonction de critères de fragilité
Frais d'orthodontie adulte ou traitement dentaire hors NGAP	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.
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

Nature de l'aide	Position retenue
- Laits spéciaux pour bébés - Frais liés à l'incontinence - Traitements non pris en charge en prestations légales (pharmacie, analyse, etc.)	A titre indicatif, calcul d'un surcoût par rapport à achat de lait maternisé, ou coût complet au-delà de 9 mois. 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. Justification médicale du médecin conseil demandée systématiquement puis analyse au cas par cas.
Secours précarité	**Assuré en arrêt de travail** 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 **Assuré en invalidité** 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. Cas particulier, retard de paiement IJ ou attente liquidation définitive pension invalidité : **Possibilité d'une aide financière au cas par cas si situation particulière.**
Droits non ouverts	Calcul des IJ qui auraient pu être versées si droits ouverts au prorata du nombre d'heures travaillées. **Remarque : en fonction de la situation, une aide au-delà des IJ peut être allouée ; dans ce cas le dossier est requalifié en précarité.**
Prêts aux assurés à taux 0	- 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 - 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. Dans ces situations, prévalence du principe de non enrichissement sans cause. Montant du prêt fixé par commission

	Modalités de remboursement discutées entre responsable administratif, qui a délégation de la commission, et assuré pour tenir compte de sa capacité à rembourser. En cas d'accord, un contrat de prêt est établi et signé par l'assuré et la caisse. Suivi du dossier par Secrétariat des PS. 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)
Prise en charge des séances d'activité physique adaptée dans le cadre du programme Prescri'mouv*	- Attribution de 200 euros maximum si activités physiques réalisées au sein d'une association ou d'une collectivité locale - Remboursement sur présentation de la facture et paiement des frais réels engagés*
Aide financière d'urgence*	- Paiement de 200 euros pour les assurés dont le dossier d'indemnités journalières ne peut être liquidé car les éléments pour étudier les droits ne sont pas disponibles - Sur signalement des services PE ou accueil - Délégation accordée au président et vice-président de la PS AFI pour accorder cette aide au fil de l'eau*

- maj 1er avril 2022

NATURE DE LA PRESTATION	MONTANT DU FORFAIT	OBSERVATIONS
Semelles orthopédiques et orthèses plantaires	80 € 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	-Durant 6 semestres maximum à condition que le traitement commence avant le 16ème anniversaire -pour les traitements commencés entre 16 et 17 ans (avec un critère de précarité)
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.	Ne seront présentées à la Commission PS/AFI que les demandes d'aide financière pour : - 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.	Bilan pris en charge en totalité Prise en charge totale (afin d'éviter un déclenchement de prestations familiales) 50 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 500 €)
Séances de psychologue pour les adultes	50 € par séance	50 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 500 € par an)

*maj 1er avril 2022

2.9 Cas particulier des dossiers FDCH (Fonds De Compensation du Handicap)

2.9.1 Bénéficiaires

Ce sont les bénéficiaires :

- De la prestation compensation handicap (PCH) versée par le Conseil général
- De l'aide personnalisée autonomie (APA) versée par le Conseil général aux personnes de plus de 60 ans qui ont une autonomie limitée (GIR<ou égal à 4)

2.9.2 Prestations concernées

- Les aides techniques (LPP ou pas)
- Les aménagements de logement
- Les aménagements de véhicule

2.9.3 Financeurs FDCH

- Le Conseil général (fonds secours) : sous conditions de ressources. Le demandeur ne doit pas travailler et présenter un taux d'incapacité au moins égal à 80 %
- Les CCAS (en fonction de la taille de la commune)
- Les complémentaires santés (sur leurs fonds sociaux)
- La CAF (si demandeur est allocataire CAF par ailleurs
- L'AGEFIPH
- La CARSAT NORD EST (uniquement pour les loupes électroniques et télé-agrandisseurs des personnes âgées) Courrier CARSAT Novembre 2013
- L'Etat
- Les CPAM sur leurs fonds d'ASS

La MDPH utilise les subventions qui ont été accordées par la CPAM sur proposition du conseiller de la Commission des PS AFI participant aux réunions du Fonds de compensation.

En cas de travaux : si logement appartient à bailleur social, ce dernier peut être sollicité, l'ANAH (*plus de participation ALGI*).

2.10 Instruction des dossiers

Principe : le bénéficiaire dépose sa demande à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).
Le formulaire de demande est identique à celui d'une demande d'AFI CPAM.
La demande doit toujours être formulée avec un devis (si la prestation déjà réalisée, la demande est non recevable).

Remarque : Il peut arriver que la CPAM reçoive directement des demandes de bénéficiaires potentiels du FDCH.

Dans ce cas :

- Soit la demande est présentée à partir d'un devis et si le montant sollicité est au moins égal à 300 €, le dossier est transmis à la MDPH pour instruction.

- Soit la prestation est déjà réalisée ou le montant est inférieur à 300 € et le FDCH n'est pas sollicité.

La MDPH fait systématiquement réaliser une évaluation de la situation du demandeur par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, un ergothérapeute, un travailleur social. Cette équipe se prononce notamment sur les besoins de la personne et le bienfondé de sa demande.

La MDPH chiffre le montant total de l'aide financière demandée en calculant le reste à charge après déduction des aides légales (PCH, APA, assurance maladie part légale, complémentaire santé).

Remarque : si l'assuré choisit de garder son ACTP (allocation tierce personne) et refuse la PCH à laquelle il ouvrirait droit, le montant de la PCH qui aurait pu être accordé pour la prestation demandée est systématiquement déduit du reste à charge.

La MDPH sollicite ensuite les financeurs du FDCH pour le reste à charge.

Concernant la part CPAM en extra légal, la MDPH adresse les dossiers à la CPAM pour passage en commission PS et AFI qui étudie les dossiers et définit un montant maximal d'aide apportée.

2.10 Instruction des dossiers par commission PS et AFI de la CPAM

Nature aide	Code prestations	Observations
Aménagement du logement	S13	Analyse au cas par cas Observation : pas d'aide si les travaux apportent une plus-value au logement.
Suppléments LPP	S10	Analyse au cas par cas
Prestations hors LPP	S11	Analyse au cas par cas
Aménagement véhicule	S12	Analyse au cas par cas CPAM souhaite connaître : type et ancienneté du véhicule

2.11 Passage du dossier en commission FDCH

Une commission est organisée tous les mois et se tient dans les locaux de la MDPH.
Chaque financeur présent propose le montant de l'aide qu'il accorde.

Les organismes de complémentaires santé, la CARSAT NORD-EST et les CCAS (sauf NANCY) se prononcent ultérieurement.

Principe général adopté par tous les financeurs : sauf cas très particulier de précarité, un reste à charge, égal à 10 % des revenus de la famille, est laissé.

La MDPH établit une notification unique mais en détaillant l'aide apportée par chaque financeur, qui règle sa participation. (Si Fonds CPAM, mention en est faite sur la notification et c'est la MDPH qui assure le règlement)
L'assuré a un an à partir de la date de notification pour acquérir ou faire réaliser la prestation ou 1 an pour débuter les travaux sur logement.

En cas de non-respect de ces délais, l'aide est annulée.

3. COMPLEMENT LOCAL EN VUE D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE

3.1 Rappel du dispositif National

Depuis le 1er novembre 2019, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) s'est ouverte aux personnes éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) moyennant une participation financière entre 8 et 30 € en fonction de l'âge.

L'ACS ainsi supprimée a laissé place à un dispositif commun appelé Complémentaire santé solidaire.
En fonction du plafond de ressources retenu selon les critères de l'Assurance Maladie, l'assuré ou le foyer pourra bénéficier d'une C2S participative ou non participative.

En cas de dépassement des plafonds, une notification de refus sera envoyée à l'assuré.

Pour information : Plafonds au 1er Avril 2023

Montant mensuel de la participation financière par bénéficiaire	
Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

C2S Participative : Montant mensuel de participation par bénéficiaire

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	9 719 €	13 120 €
2 personnes	14 578 €	19 680 €
3 personnes	17 494 €	23 616 €
4 personnes	20 409 €	27 553 €
Au-delà de 4 personnes	+ 3 887 € par personne supplémentaire	+ 5 248 € par personne supplémentaire

3.2 Le dispositif local

Lors du conseil du 17 juin 2020, les Conseillers ont validé le versement d'une aide financière à compter du 1er Juillet 2020. Cette mesure a pour effet de gommer les effets de seuil des assurés dépassant le plafond de la CSS avec participation financière et de favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé.

Ainsi le dispositif local d'accompagnement s'applique sur les bases suivantes :

- **Sur le plafond C2S +10% (maj 1er avril 2022)**
- Montant de l'aide financière : la moitié du montant annuel contributif par personne au foyer.

Les barèmes et montants des aides ci-dessous figurent en annexe 3 et feront l'objet d'une mise à jour validée par la CASS lors des revalorisations des barèmes de la CCSS participative.

Cette aide sera proposée automatiquement par les services administratifs et réglée à l'assuré avec délégation.
A chaque Commission PS/AFI, les Conseillers seront tenus informés du nombre de bénéficiaires et du montant accordé.

3.3 Prévention des ruptures de droit en cas de mensualités CSSP impayées (maj 1er avril 2022)

Afin de prévenir les ruptures de droits en cas d'impayés de mensualités de CSSP, il est possible de reprendre en charge deux mensualités maximum de CSSP et une seule fois dans l'année.
Lorsqu'il est fait constat par les services de précarité d'un premier incident de paiement, le dossier est transmis à la Misas pour prise de contact avec l'assuré social défaillant pour lui connaitre les raisons de la défaillance et étudier sa situation globale et notamment le sensibiliser à l'importance de payer les échéances de la CSSP . Si l'assuré est en difficultés financière passagère, deux mensualités peuvent être prise en charge pour éviter la rupture de droits et un potentiel renoncement aux droits.

Les conseillers seront informés régulièrement du nombre de prise en charge effectuée et du montant mobilisé .

4. AIDE AU RETOUR ET MAINTIEN A DOMICILE

Rappel

Pour les personnes âgées, il existe un dispositif piloté par :

- **Le Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'APA (GIR compris entre 1 et 4)**
- **La CARSAT NORD EST pour les personnes qui ont un GIR égal à 5** ou 6

4.1 Bénéficiaires et conditions d'attribution

Elle vise à financer des interventions à domicile (aides humaines, produits non remboursables, aides à la vie) en faveur :

- de malades relevant d'une ALD, en perte d'autonomie transitoire à la suite d'une hospitalisation ;
- de patients atteints de maladies graves ou d'accidents, en situation d'isolement familial ou géographique.

En revanche, les personnes suivantes ne peuvent pas bénéficier des aides aux malades et aux personnes en sortie d'hospitalisation :

- les assurés qui perçoivent des prestations familiales, qui seront orientés vers la CAF
- les assurés bénéficiaires d'une pension de vieillesse, qui seront orientés vers la CARSAT
- les assurés dont les heures d'aides ménagères sont déjà prises en charge, tout ou partie, par le département, par le biais du Conseil départemental.

Elle est attribuée sous conditions de ressources.

4.2 Prestations financées

- Participation aux travaux d'entretien du logement et du linge.
- Élaboration des repas.
- Aide au lever et au coucher.
- Habillement.
- Toilette non médicalisée (sauf si intervention d'un SSIAD).
- Courses.
- Aide aux déplacements.
- Portage de repas.

4.3 Durée de la prestation

120 heures d'intervention au maximum dans une année civile quelle que soit l'origine de la demande.
Il est possible de prolonger l'aide au domicile sur présentation d'un certificat médical motivé du médecin traitant justifiant de cette prolongation et d'une nouvelle analyse du service social.
En fonction des situations, c'est le dispositif le plus favorable qui sera proposé à l'assuré.
Si le dispositif PRADO ne suffit pas, le dispositif local pourra compléter les aides PRADO.

4.4 Partenariats

La CPAM passe convention avec les structures d'aide à domicile qui souhaitent intégrer le dispositif quel que soit leur statut, à but lucratif ou non.
La seule condition exigée est l'agrément donné par la Préfecture.

Pour l'aide à domicile prescrite par un médecin (hors hospitalisation)
Une délégation est donnée aux structures ainsi conventionnées pour constituer le dossier du demandeur de l'aide et l'adresser à la CPAM si recevable. Ce dossier comprend :

- Certificat médical précisant que le besoin est temporaire.
- Copie du dernier avis d'imposition ou autres justificatifs de ressources.
- Copie de l'imprimé « demande d'intervention engagement du bénéficiaire » signé par les 2 parties.

Pour l'aide au retour à domicile après hospitalisation

- Intervention du service social des établissements hospitaliers, ou en l'absence, du cadre de santé pour déclencher la demande d'aide (certificat médical et demande d'aide financière signée par le demandeur).
- Intervention du service social de la CARSAT pour accompagnement de la personne et suivi du dossier (sur signalement de la CPAM).

4.5 Règlement des aides

Le versement de l'aide de la CPAM peut être fait directement à l'association ou l'entreprise prestataire de service (tiers payant), soit à l'intéressé. Celui-ci est alors chargé de régler directement le prestataire.

4.6 Dispositif PRADO

Mis en place en Avril 2014, pour les personnes non bénéficiaires de l'aide CARSAT le dispositif est encadré par la CNAM pour les critères de ressources et les prestations accordées, sur la base des modalités mises en œuvre par la CNAV pour les personnes âgées, mais il est moins favorable que le dispositif « local ».

La CPAM est concernée pour accorder une aide à la vie sous la forme d'une prise en charge financière d'aide-ménagère, aide aux courses et/ou portage de repas sous conditions de ressources aux personnes non retraitées.

Initialement prévu pour l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque, le dispositif a été étendu à d'autres pathologies BPCO, AVC, COVID.

- **Evolution de PRADO : MAJ 1er JANVIER 2022**

- Aide à la vie Prado pour les non retraités : ALV

L'aide à la vie Prado est destinée aux assurés non retraités et peut avoir une durée maximum de 3 mois. Elle concerne les besoins d'aide-ménagère et /ou de portage de repas.
Pour le portage de repas, seul le coût de la livraison peut faire l'objet d'une aide. Le coût du repas reste à la charge de l'assuré. Elle est financée par le service d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM.

Pour les assurés du régime général :

➢**Un forfait de 20 heures maximum**
Suite à une expérimentation menée en 2019 dans le cadre de Prado, l'aide en sortie d'hospitalisation peut être attribuée sous forme d'un forfait de 20 heures maximum d'intervention d'aide-ménagère et de prise en charge de portages de repas **sans condition de ressources.**
Les 20 heures ne sont pas obligatoirement à utiliser au cours du 1er mois suivant la sortie. Le rythme d'intervention du prestataire doit pouvoir répondre au plus près du besoin du patient. Ainsi, le forfait de 20 heures peut être utilisé en 15 jours pour certains assurés, et en trois mois pour d'autres.

➢ **Une prolongation à compter de la 21ème heure**

A partir de la 21ème heure, le prolongement de la prise en charge peut être accordé **selon les conditions des barèmes de ressources et d'intervention en vigueur**

Ce barème commun avec la Cnav est mis à jour tous les ans.
Une prescription par le médecin traitant sera demandée par la CPAM, en cohérence avec l'identification initiale du besoin faite par l'équipe médicale hospitalière durant le séjour de l'assuré.

Cas particulier des frais de transports

Ils concernent les trajets domicile/cabinet du PS pour tous modes de transport hors ambulance

A titre tout à fait exceptionnel, dans l'hypothèse où un blocage interviendrait dans le processus d'inclusion des patients « PRADO », la prise en charge de ces frais peut être étudiée sur l'enveloppe de crédits notifiée au titre de Prado sur le budget d'ASS selon les modalités habituelles concernant les prestations extra légales : conditions de ressources, production de justificatifs et notamment la prescription médicale. La prise en charge intervient dès lors que tous les autres moyens existants ont été épuisés (prestations légales (324-1 ou AT/MP), mutuelles, expérimentation PAERPA -

Le dispositif est généralisé sur l'ensemble des pathologies repérées par le programme.

5. AIDE AUX MALADES EN SOINS PALLIATIFS

Dans le prolongement de la loi du 9 juin 1999 reconnaissant les soins palliatifs comme priorité de Santé Publique, la CNAMTS a initié en mars 2000 un dispositif d'aide au maintien à domicile des personnes en fin de vie avec financement sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (Dotation spécifique allouée par la CNAMTS tous les ans).

5.1 Objectifs

Elle vise à financer

- Des heures de gardes malades
- Des actions de formation des gardes malades (cout de la formation et indemnisation du temps passé)
- Des fournitures spécifiques non remboursables en prestations légales et justifiées médicalement par ordonnance

5.2 Bénéficiaires

Toute personne en phase évolutive ou terminale de sa maladie, à l'exception des personnes âgées sans pathologie clairement définie.

5.3 Partenaires supports

Ce dispositif intervient pour les des malades pris en charge par :

- Une équipe mobile de soins palliatifs.
- Un service d'hospitalisation à domicile (HAD).
- Un réseau spécialisé en soins palliatifs.
- Un SSIAD

A ce jour, l'Assurance Maladie fonctionne avec l'ensemble des services de soins spécialisés au titre des soins palliatifs dans le département.

5.4 Conditions de mise en œuvre

Les conditions de mise en œuvre, d'accès aux financements et le montant des aides sont fixées par la CNAM.

Il existe des Conventions-types avec les :

- Structures de soins palliatifs à domicile (délégation pour instruction du dossier, modalités de mise en œuvre)
- Structures de gardes malades qui prévoient le règlement direct de la participation CPAM à la structure.

5.5 Conditions de ressources

Plafonds de ressources par an	
1er niveau :	2ème niveau :
25 000 € **pour une personne seule**	**de** 25 000 € **à** 37 500 € **pour une personne seule**
41 250 € **pour un couple**	**de** 41 250 € **à** 50 000 € **pour un couple**
plafond de ressources majoré par personne à charge **:** 4 500 € **par an**	
Sur la base du dernier avis d'imposition (revenu fiscal de référence), déduction faite du loyer, des charges locatives ou des frais d'accession à la propriété sur justificatifs ou déclaratifs. Prise en compte de changements de situation récent (analyse des 3 derniers bulletins de salaire)	

5.6 Montant des prestations

Nature des prestations	**1er niveau**	**2ème niveau**
- Garde malade	Maximum 3 000 €	Maximum 2 600 €
	Renouvelable une fois sur avis du médecin Conseil CPAM	
- Tous produits, médicaments et matériels non ou insuffisamment remboursés	Sans limitation de montant	

NOTA BENE

La convention avec les structures mentionne que le service appareillage doit être contacté avant tout achat de matériel. A noter que le service de prêt d'appareillage s'est doté depuis quelques années de fauteuils releveurs.

5.7 Participation à charge de l'assuré

1er niveau de ressources	**2ème niveau de ressources**
10% des frais	**15% des frais**

Localement, un imprimé-type de demande d'aide financière a été mis en place.

Il permet à la famille de formuler la demande d'aide et à la structure de soins palliatifs de confirmer le suivi du malade à domicile et la date d'effet. La caisse confirme la prise en charge par notification à l'assuré, puis assure les règlements.

5.8 Règlement de prestations extra légales après décès du demandeur

Tant en ce qui concerne les prestations supplémentaires et aides financières individuelles que dans le dispositif d'aides mis en place par la CNAM au titre des soins palliatifs à domicile, il arrive que le demandeur décède avant versement de l'aide possible ou accordée, et notifiée.

Aucun texte ne régit cette situation, et aucune précision ne figure dans les instructions de la CNAMTS sur le dispositif soins palliatifs.

C'est pourquoi, s'agissant d'aides extra-légales, les décisions ont été prises à l'unanimité par les membres de la Commission pour répondre à ce cas de figure (confère logigramme en annexe).

6. LES SUBVENTIONS AUX ASSOCIATIONS

6.1 Recevabilité de la demande

6.1.1 Le demandeur

Des aides financières peuvent être consenties à des associations :

- qui œuvrent dans la circonscription de la CPAM
- uniquement pour des interventions à caractère sanitaire et social
- sous forme de subventions de fonctionnement et d'équipement (seule possibilité de financer l'acquisition de petits matériels)
- dans des domaines sanitaires et sociaux et au bénéfice de publics prioritaires (aide aux personnes malades, en situation de handicap, en situation de fragilisation sociale et sanitaire, aide à l'accès aux soins et aux droits, à la PDP, au retour et au maintien à domicile, soutien aux aidants familiaux, médication numérique (actions d'inclusion numérique), etc.)

C'est obligatoirement une association dûment enregistrée en préfecture, œuvrant dans le domaine sanitaire et social et à vocation départementale ou infra départementale.

Remarque : si l'association est régionale, la demande de subvention relève de la CARSAT ; si l'association est nationale, la demande relève de la CNAM.

Cas particulier : association nationale avec une antenne locale ou départementale.
La demande est recevable sous réserve que l'action pour laquelle la subvention est sollicitée soit strictement locale et ne bénéficie pas d'un financement national pour le même objet.

Si la demande de subvention émane d'un organisme, d'un établissement les services de la CPAM ont délégation pour émettre systématiquement un refus. Le Conseil est informé des demandes ainsi rejetées.

Cas particulier : Il est prévu par la CNAM que les demandes émanant de structures telles que : GIP MDPH, CCAS, Clinique Dentaire CPAM puissent faire l'objet de subventions.
Ces demandes sont présentées au Conseil et analysées au cas par cas.

6.2 La nature de la demande

- Demande de subvention pour acquisition d'un équipement : normalement ne relève pas d'une subvention CPAM : CARSAT compétente pour investissement.

- Demande de subvention pour organiser une manifestation type colloque, fête annuelle : préconisation CNAM : refus. Notifié systématiquement par services administratifs.

- Demande de subvention pour assurer le financement de personnel : préconisation CNAM : refus, les subventions n'étant pas pérennes.

- Demande de subvention pour organiser une action d'éducation santé : voir en priorité si prise en charge possible au titre du budget prévention FNPEIS.

Toutes les autres demandes font l'objet d'une analyse par le Conseil ou la Commission d'ASS déléguée.

6.2 La constitution du dossier

L'association doit adresser un courrier décrivant avec précision l'objet de sa demande (objectifs, indicateurs de résultats...). La subvention sollicitée doit être chiffrée. Un imprimé type local de demande de subvention a été mis en place.

Pièces justificatives exigées :

- Statuts et règlement intérieur association.
- Liste des membres du conseil d'administration et du bureau.
- Bilans et comptes de résultats des 2 derniers exercices connus.
- Attestation de l'URSSAF à jour de cotisations si l'association emploie des salariés.
- Budget de l'année en cours ou de l'action particulière pour laquelle une aide est sollicitée, avec mention des co-financements sollicités.
- Rapport d'activité N-1.
- Rapport d'orientation sur les perspectives de l'association.
- Éventuel rapport du commissaire aux comptes.

6.3 Le calendrier

Afin que les associations puissent faire valider leurs rapports moral et financier en Assemblée générale, les demandes de subvention sont idéalement reçues fin juin pour examen par le Conseil en septembre. Il s'agit d'une préconisation qui ne saurait pour autant exclure l'examen d'une demande parvenue postérieurement, compte tenu de l'impossibilité de communiquer cette échéance souhaitée à l'ensemble des structures associatives.

6.4 L'analyse financière

Elle est systématiquement réalisée par la direction financière de la CPAM. Son but : vérifier la "santé" financière de l'association.

Aucune règle financière n'est fixée par la CASS, sachant que l'analyse technique réalisée par la direction financière mettra en exergue des informations de nature à permettre une décision en opportunité.

6.5 Présentation de la demande en CASS

Une fiche de présentation est élaborée pour les Conseillers. En particulier les résultats de l'analyse financière sont indiqués.

Les dossiers sont examinés au cas par cas.

6.6 Décision De la CASS

Tout refus doit être motivé.
Toute décision d'accord doit préalablement être validée par la mission nationale de contrôle (MNC).

6.7 La convention

En cas d'accord, une convention est obligatoirement signée avec l'association.
La subvention n'est versée qu'à la signature de la convention, et après accord de la tutelle (MNC).

6.8 Exigence de la CPAM

L'association doit faire savoir par tout moyen à sa disposition que la CPAM l'a aidée.
En particulier le logo de la CPAM doit figurer sur les publications de l'association.

De plus, si l'association œuvre dans le secteur éducation santé, elle doit s'engager à contribuer aux actions développées par la CPAM.

6.9 Les contrôles

Prévus dans le texte de la convention signée avec l'Association aidée, ils peuvent être diligentés à tout moment par la caisse pour vérifier la bonne utilisation des fonds.
En particulier, la CPAM peut demander le remboursement de la subvention en cas d'utilisation non conforme.

6.10 Budget

Les subventions versées aux associations sont financées sur la dotation paramétrique. Une ligne budgétaire est prévue dans le budget d'ASS.

7. Le fonctionnement de l'action sanitaire et sociale locale

Le présent document présente chaque type d'action et sert de base à la définition de la politique d'ASS de la caisse de Meurthe et Moselle.

Il précise les modalités de fonctionnement des commissions.

Il décrit les aides financières individuelles ou collectives proposées par la CASS, les conditions d'accès, les ressources prises compte pour la demande, les barèmes, les bénéficiaires potentiels et expose les dispositifs offerts pour chaque aide. Il garantit une cohérence des décisions au fil du temps.

Il rappelle les délégations éventuelles attribuées au directeur ou son représentant.
La nature des aides, leurs conditions d'attribution et leurs montants tels qu'arrêtés dans le présent règlement sont susceptibles de révision sur décision du Conseil, éventuellement saisi en ce sens par la Commission d'action sanitaire et sociale en fonction notamment des disponibilités budgétaires, des orientations nationales ou des expérimentations souhaitées par l'organe délibérant de l'organisme.

On distingue les prestations supplémentaires et aides financières individuelles d'une part et les actions collectives d'autre part (conventions spécifiques locales ou subventions à des associations...) d'autre part.

7.1 Missions des commissions d'ASS

La commission d'ASS propose au conseil la politique d'ASS menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la CNAM, la répartition entre les différentes lignes budgétaires, le règlement intérieur d'action sanitaire et sociale et statue sur les aides collectives par délégation du conseil.

La commission PS /AFI reçoit du conseil les pouvoirs de décisions nécessaires à l'attribution des aides individuelles. Elle est compétente pour l'ensemble des demandes d'action sanitaire et sociale formulées par les ressortissants qu'elles soient individuelles ou collectives. Elle s'appuie sur le règlement intérieur ASS pour l'attribution des aides.

Les dossiers des assurés sont examinés sous couvert de l'anonymat. La teneur de ces décisions est soumise au strict respect des dispositions régissant le secret professionnel auquel sont tenus tant les agents de la caisse, que les conseillers de l'organisme, qu'ils soient ou non membres de la Commission d'action sanitaire et sociale.

7.2 Composition des commissions

La commission ASS et la commission PS AFI sont composées de 13 conseillers, chacune, désignés par le conseil et se réunit deux à trois fois par an.

La commission PS/AFI se réunit tous les 15 jours selon un calendrier fixé à l'avance pour 6 mois. Elle examine de façon anonyme toutes les demandes présentées par les assurés.

Le président de la commission reporte la décision prise sur la copie anonymisée de l'exposé et appose sa signature.

7.3 Rôle des services administratifs de l'action sanitaire et sociale

Le secrétariat des PS/AFI instruit les dossiers, rédige l'exposé administratif, gère le passage des dossiers en commission, notifie les décisions prises et procède aux paiements
Il assure le suivi budgétaire et en informe la commission. Il réalise les statistiques et élabore le rapport d'activité annuel.

Pour les dossiers relatifs à la perte de revenus ou aux situations de précarité**, le service social de la Carsat Nord-Est** réalise les évaluations sociales, rédige l'exposé avec l'ensemble des éléments nécessaire à la prise de décisions.

Pour certaines demandes d'aides, le **service médical** peut être amené à donner un avis technique sur certains dossiers.

En ce qui concerne les situations de renoncement aux soins, **le service « Mission accompagnement santé »** présente un argumentaire reflétant les démarches réalisées.
Ces demandes d'aides obéissent aux mêmes règles de prise en charge sauf cas exceptionnels qui viendraient compromettre la démarche de soins.

Afin de permettre une fluidité dans l'instruction des dossiers et de permettre une intervention dans les meilleurs délais, les demandes de financement des aides ménagères, l'aide aux malades en phase terminale et les aides locales à la complémentaire santé solidaire font l'objet d'une délégation au service ASS.

Les membres de la commission ont déterminé la nature des demandes qui peuvent faire l'objet **d'un refus d'emblée par le service administratif.**

7.4 Rôle des commissions

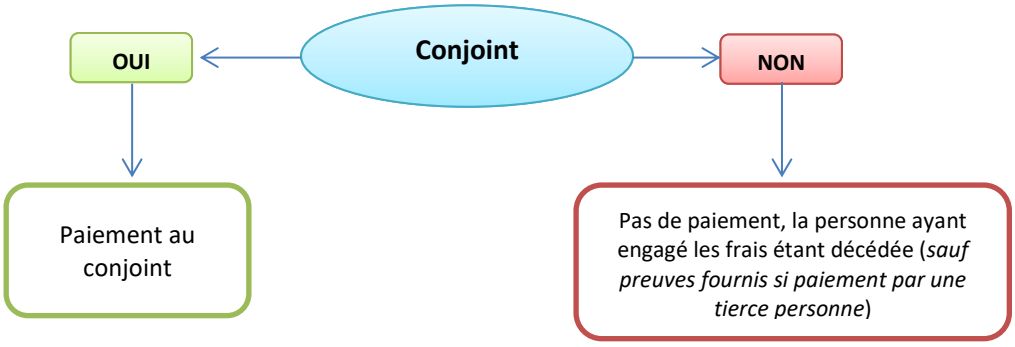
Toutes les autres situations autres que les dossiers d'aide au maintien à domicile quel qu'en soient le motif font l'objet d'un passage devant la commission PS/AFI, pour les aides individuelles et devant la CASS pour les aides collectives.

7.5 Le cadre budgétaire

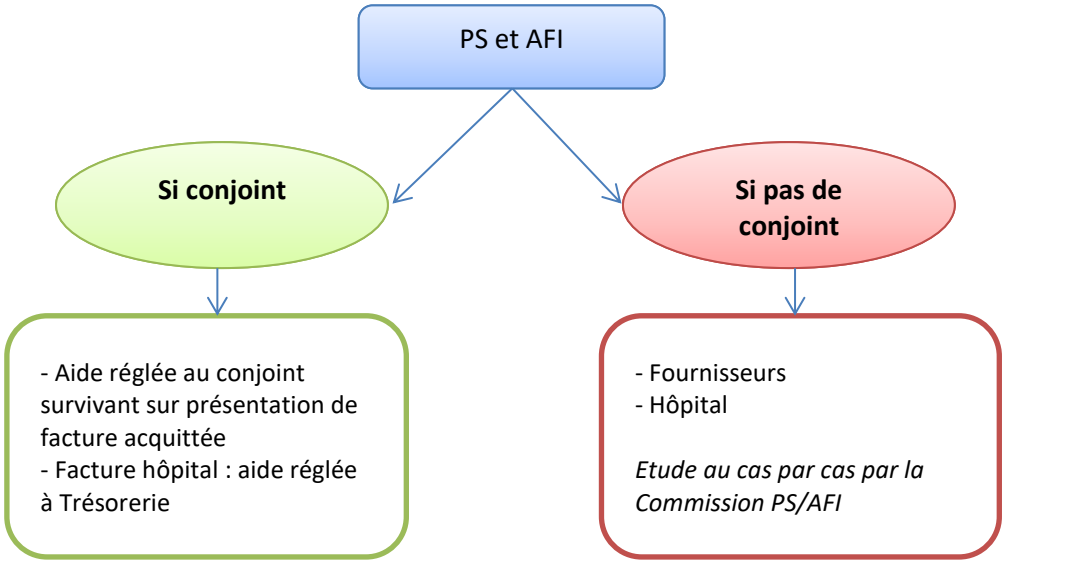
La CNAM alloue, tous les ans, une dotation paramétrique aux CPAM dotation issue du fonds national d'ASS. Cette dotation est répartie entre les CPAM selon leur population protégée pondérée, par des critères définis par la commission d'ASS de la CNAM (précarité dans la circonscription).
Cette dotation est fléchée et limitative.

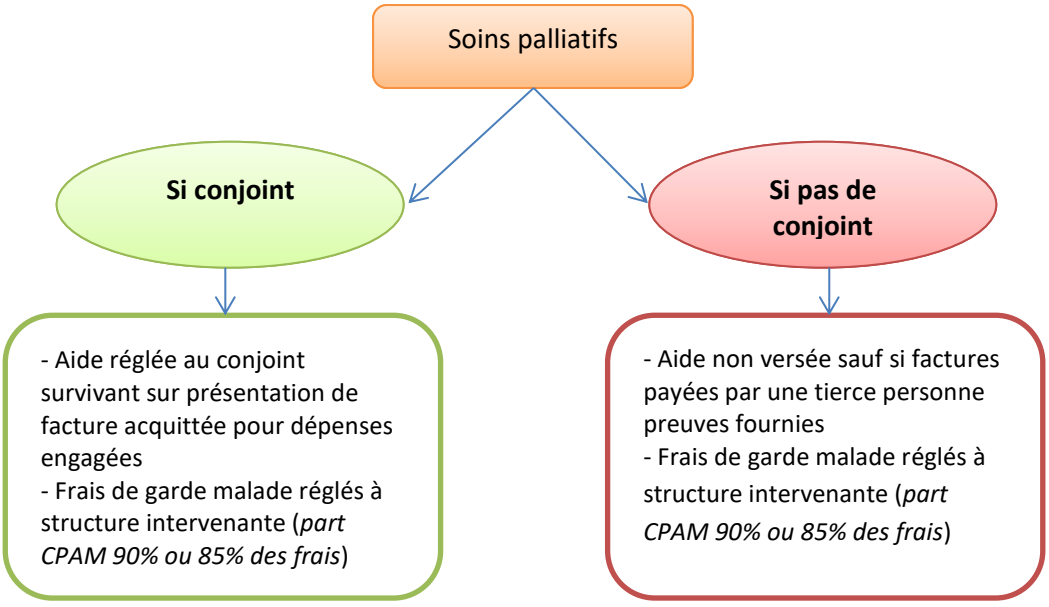
S'agissant d'action sanitaire et sociale, l'obtention d'une aide est soumise à conditions de ressources.

A/ Frais en cause déjà réglés par le demandeur décédé



B/ Dépenses non encore réglées et prestations réalisées





C/ Aides financières précarité

Pas de règlement après décès en l'absence de conjoint survivant.