



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Meurthe-et-Moselle

REGLEMENT INTERIEUR

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

CPAM DE MEURTHE-ET-MOSELLE

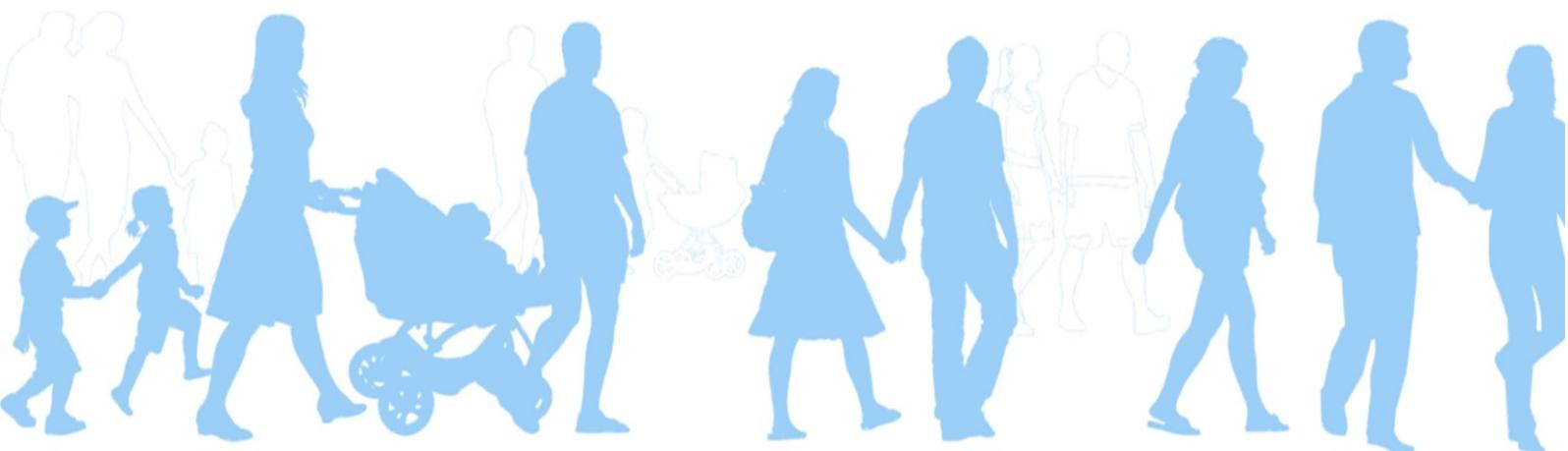


Table des matières

PREAMBULE	4
1. INTRODUCTION	6
2. EXAMEN DES DEMANDES PAR LA COMMISSION DES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES	8
2.1. Généralités	8
2.2. Les assurés concernés par les prestations supplémentaires et les aides financières individuelles	8
Publics Cible prioritaires :	9
2.3. La demande de PS et AFI	9
2.3.1. Constitution des dossiers	9
2.3.2. Composition de la famille	9
2.3.3. Ressources à prendre en considération	10
2.4. Charges à prendre en compte	11
2.5. Le reste à vivre.	11
2.6. Description de la situation.	12
2.7. Nature de la demande.	12
2.8. Les modalités de paiement	12
2.9. Délégations	13
2.10. Historique des demandes antérieures	13
2.11. Notification des décisions	13
Tableau synoptique des prises en charge possibles mais non limitatives dans le motif de demandes	15
3. SOUTIEN AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	21
3.1. Bénéficiaires	21
3.2. Prestations concernées	21
3.3. Financeurs FDCH	22
3.4. Instruction des dossiers	22
3.5. Passage du dossier en commission FDCH	23
3.6. Intervention CPAM sur urgence	23
4. AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE	24
4.1. Rappel du dispositif National	24
4.2. Le dispositif local pour aider à l'acquisition d'une complémentaire	25
4.3. Le dispositif de lutte contre les difficultés de paiement des cotisations de complémentaire santé (C2SP/Assurance Complémentaire/ Mutuelle)	25
5. LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE	26
5.1. Le positionnement de l'assurance maladie	26

5.2.	Les acteurs de l'assurance maladie.....	26
5.3.	Les conditions d'attribution	27
5.4.	La nature des aides	27
5.4.1.	Les actions de remobilisation.....	27
5.4.2.	Les aides connexes à la PDP	27
5.5.	Circuit de mise en œuvre des actions de remobilisation.....	28
6.	AIDE AU RETOUR ET MAINTIEN A DOMICILE	29
6.1.	Bénéficiaires et conditions d'attribution	29
6.2.	Prestations financées	29
6.3.	Durée de la prestation	30
6.3.1.	Partenariats.....	30
6.3.2.	Règlement des aides	30
6.3.3.	Dispositif PRADO	31
7.	AIDE AUX MALADES EN SOINS PALLIATIFS	32
7.1.	Objectifs	32
7.2.	Bénéficiaires.....	32
7.3.	Partenaires supports.....	32
7.4.	Conditions de mise en œuvre	33
7.5.	Conditions de ressources	33
7.6.	Montant des prestations.....	33
7.7.	Participation à charge de l'assuré	34
7.8.	Règlement de prestations extra légales après décès du demandeur.....	34
8.	LES SUBVENTIONS AUX ASSOCIATIONS	35
8.1.	Financement des associations	35
8.1.1.	Le demandeur	35
8.1.2.	La nature de la demande	36
8.2.	La constitution du dossier	36
8.3.	Le calendrier.....	37
8.4.	L'analyse financière et les possibilités de financement.....	37
8.5.	Présentation de la demande en CASS.....	38
8.6.	Décision de la CASS	38
8.7.	La convention.....	38
8.8.	Exigence de la CPAM.....	38
8.9.	Les contrôles	39
8.10.	Budget	39

PREAMBULE

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.

Les dossiers des assurés sont examinés sous couvert de l'anonymat.

1.1 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. Pour cela il gère différents tableaux de suivi :

- Suivi budgétaire de l'année en cours,
- Suivi des délégations direction,
- Suivi des accords

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.

1.2 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 condition de ressources.



1. INTRODUCTION

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie a positionné la politique d'Action Sanitaire et Sociale des CPAM comme l'une des prérogatives majeures des Conseils de caisse. Ces marges de manœuvre permettent donc de voir émerger des initiatives originales et d'être au plus près des besoins de nos assurés.

Les conseils sont par conséquent souverains pour déterminer la politique d'action sanitaire et sociale dans le cadre des orientations définies par la Caisse Nationale (Article L-211-2-1).

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 2023-2027, 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'action sanitaire et sociale 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 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 des champs tels que le recours aux soins, la mobilité, le handicap, certaines innovations en lien avec la santé (inclusion numérique dont lutte contre l'illectronisme, la santé environnementale, les actions « sport et santé », les contrats locaux de santé, les transports solidaires...) dans une logique « d'Aller Vers » au travers d'actions « hors les murs » notamment.

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

2.1. 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.

2.2. 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 assurés relevant des sections locales mutualistes.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les travailleurs indépendants ont été intégré 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.

2.3. La demande de PS et AFI

2.3.1. 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.

2.3.2. Composition de la famille

Il s'agit de toutes les personnes qui vivent sous le même toit, fiscalement rattachées au même domicile

2.3.3. Ressources à prendre en considération

Le calcul des ressources est basé sur des éléments déclarés par le demandeur, en application de la loi ESSOC. Les avis d'imposition de l'ensemble des personnes du foyer sont sollicités pour vérification de la cohérence des ressources déclarées. En cas de doute ou d'incohérence, des pièces justificatives pourront être demandées.

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.

Les ressources des enfants qui travaillent ne sont prises en compte que si elles excèdent le montant de l'AAH de base ce qui excluent les étudiants, stagiaires et apprentis.

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 individualisées

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

2.4. Charges à prendre en compte.

Le calcul des charges est basé sur des éléments déclarés par le demandeur, en application de la loi ESSOC. En cas de doute ou d'incohérence, des pièces justificatives pourront être demandées.

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 mais ne rentre pas dans le calcul du reste à vivre. Il permet de mesurer le niveau d'endettement de l'assuré

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).

2.5. Le reste à vivre.

Le reste à vivre est la différence entre les ressources et les charges incompressibles du foyer.

Il 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.

Dans certaines situations, les assurés bien que disposant de ressources supérieures définies dans le règlement intérieur ASS de la caisse, peuvent rencontrer des difficultés pour réaliser des soins, régler des participations/cotisations de complémentaires santé, acquérir du matériel médical.

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 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

2.6. 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

2.7. 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.

2.8. Les modalités de paiement

Le règlement intervient en général directement à l'assuré, sur présentation d'une facture acquittée

Il est précisé que le bénéficiaire a trois mois pour présenter la facture acquittée.

A compter de l'accord de l'aide, si aucun retour n'est donné par l'assuré malgré les relances faites par le service ASS, une clôture du dossier sera effectuée dans le délai de six mois.

Si l'assuré revient vers le service ASS, il conviendra de constituer un nouveau dossier.

Le règlement au tiers est systématique pour les aides accordées qui peut être un frein à la réalisation des soins, du fait de l'avance des frais par l'assuré. Dans ce cas, l'assuré est informé qu'il a eu un accord de la commission pour sa demande et que le professionnel de santé sera réglé directement par la caisse dès que les soins auront été réalisés.

Si dans les deux mois, aucune facture n'est parvenue au service ASS, le service MISAS contacte l'assuré pour s'assurer que les soins sont en cours.

Dans le même temps, le professionnel de santé reçoit un courrier de la CPAM l'informant que son patient a eu un accord pour les soins réalisés par devis du (rappel de la date) et que les soins lui seront réglés par la Cnam dès l'envoi de la facture précisant que les soins ont été réalisés.

2.9. Délégations

La commission ASS donne délégation au service ASS pour la gestion du complément local de santé qui fait l'objet d'une offre de service systématisée à tous les assurés sociaux qui dépassent le Plafond CSSP de 10%, pour les demandes des dossiers formulées dans le cadre d'une prise en charge ASE et pour les actions de remobilisation mises en œuvre dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ces délégations font l'objet d'un rendu compte auprès la PS AFI et de la CASS lors de la présentation du suivi budgétaire sous la forme d'un tableau en nombre d'assurés concernés et de montant mobilisé, mensuel pour l'ASE, trimestriel pour les autres motifs.

2.10. Historique des demandes antérieures

Il est systématiquement présenté lors de l'exposé. Les accords antérieurs à 4 ans ne sont pas mentionnés.

2.11. Notification des décisions

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

Une grille des motifs de refus les plus courants a été établie. 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. Un délai de 10 jours est appliqué pour toutes remarques sur les décisions prises

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

NATURE DE L'AIDE	POSITION RETENUE
Aide financière d'urgence	200 euros pour les assurés dont le dossier d'indemnités journalières ne peut être liquidé car les éléments pour étudier les droits ne sont présents Délégation possible pour le service ASS sur signalement du service accueil ou PE et rendu compte à la commission suivante
1 ^{ère} PS ticket modérateur	Analyse au cas par cas 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) Si nouvelle demande postérieure pour même motif : étude au cas par cas Si pas d'adhésion au moment du passage en commission , refus
Forfait journalier hospitalier	Étude au cas par cas idem ticket modérateur
2 ^{ème} 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 assurés se rendant au UC 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 UC CMP	Remboursement direct au UC CMP sur présentation des factures acquittées
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 Individuelle frais de transport	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, pour se rendre au dépistage organisé des cancers si bénéficiaires de la CSS , transport bariatrique . Calcul de l'aide maximale possible : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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

<p>Plan de traitement dentaire</p>	<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>Si le chirurgien-dentiste conseil indique qu'il existe une alternative, celle-ci devra être chiffrée et l'aide sera calculée sur la base de cette alternative. En cas d'accord, la Misas prendra contact avec l'assuré pour expliquer cette décision Le PS pourra être également contacté</p> <p>Le panier à honoraires libres fait l'objet d'une analyse au cas par cas sur avis du chirurgien-dentiste conseil. Les demandes sont examinées sur la base d'un devis.</p>
<p>Les aides auditives</p>	<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.</p> <p>Si prise en charge dérogatoire, application d'un forfait de 300 euros par oreille, modulable en fonction de critères de fragilité, soit un maximum de 600 euros.</p> <p>Les demandes d'aides auditives pour les personnes orientées par la MDPH peuvent être prises en charge sur le montant total du devis présenté.</p>
<p>Les aides optiques</p>	<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</p> <p>Les demandes sont examinées sur la base d'un devis.</p> <p>Les verres freinateurs de myopie peuvent être pris en charge jusqu'à 16 ans sur prescription d'un ophtalmologue</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>
<p>Exclusions de prises en charge pour le 100% santé</p>	<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	Approche favorable si service dentaire justifie les soins d'un point de vue médical. L'orthodontie adulte pour choix esthétique fait l'objet d'un refus 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
<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, sur prescription médicale</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, soit un maximum de 1200 euros par an, sur présentation des factures</p> <p>Justification médicale du médecin conseil demandée systématiquement puis analyse au cas par cas</p>
Secours précarité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Assuré en arrêt de travail :</u> 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 ➤ <u>Assuré en invalidité</u> Retard de paiement IJ ou attente liquidation définitive pension invalidité supérieur à deux mois : Possibilité d'une aide financière au cas par cas si situation particulière Une aide sous forme d'avance dans l'attente du versement de la pension d'invalidité peut être proposée à l'assuré, limitée à un mois, avec l'accord de la personne. Cette avance sera récupérée à la source sur le premier versement.
Droits non ouverts	Calcul des IJ qui auraient pu être versées si droits ouverts au prorata du nombre d'heures travaillées. Il doit manquer 10% du nombre des heures nécessaires pour ouvrir le droit aux IJ 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>	<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 les situations où l'assuré a contesté une reprise de travail fixée par le Médecin Conseil avec attente d'expertise médicale</p> <p>, ou attente d'indemnisation par une compagnie d'assurance si accident par tiers responsable</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	Frais réels	Une fois par an. Prise en charge plafonnée à 125 euros Délégation ASS pour les enfants de l'ASE et pour les bénéficiaires CSS Hors ces deux exceptions, passage en PS AFI
Prothèse capillaire	Frais réels	Plafonnée à 500 euros
Tatouage de reconstruction mammaire suite cancer	400 euros pour un sein 800 euros en cas d'ablation totale	Orienté et Réalisé par un professionnel de santé (chirurgien plasticien ou infirmier...)
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 16 ^{ème} 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 60 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 600 €) Toutefois, s'il existe un psychologue conventionné sur le bassin de vie de l'assuré, dans le cadre du dispositif mon psy, l'ayant droit doit être orienté sur le dispositif légal en première intention Une prise en charge pourra être sollicitée à titre subsidiaire si le besoin d'accompagnement subsiste
Bilan d'ergothérapie à domicile suite AVC	Sur préconisation du service neurologie du CHRU	La totalité des frais engagés , paiement au tiers

Séances de psychologue pour les adultes	60 € par séance	60 € par séance dans la limite de 10 séances (soit 600 € par an) Toutefois, s'il existe un psychologue conventionné sur le bassin de vie de l'assuré, dans le cadre du dispositif mon psy, celui-ci doit être orienté sur le dispositif légal, en première intention Une prise en charge pourra être sollicitée à titre subsidiaire si le besoin d'accompagnement subsiste
---	-----------------	--

3. SOUTIEN AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Il est rappelé, par les orientations nationales ASS, le principe d'une participation systématique de l'ASS au Fond de compensation du handicap (FDCH) et d'une possibilité d'intervenir sur les restes à charge perdurant après l'attribution d'une aide sur le FDCH afin d'éviter le risque de la non utilisation de la subvention allouée.

Il est précisé que la politique en matière de handicap relève principalement, voire exclusivement, des départements. En conséquence, la valorisation du développement de la politique partenariale au travers de la signature de conventions avec les conseils départementaux ne doit pas avoir pour effet de décharger les départements de leurs obligations avec un transfert de charge sur l'Assurance Maladie qui conserve un rôle de complémentarité aux autres mesures applicables dans le soutien aux populations en situation de handicap.

Il a été décidé par les membre de la CASS que la CPAM attribuerait un budget limitatif, déterminé chaque année pour contribuer au fonds départemental de compensation du handicap (FDCH). Le président de la PS AFI participe au comité de gestion et dispose d'un dixième du budget initial pour chaque comité de gestion. Si la somme mensuelle n'est pas affectée, lors du Cogest, elle se reporte sur la dotation mensuelle suivante.

3.1. Bénéficiaires

Ce sont les bénéficiaires :

- + De la prestation compensation handicap (PCH) versée par le Conseil général jusqu'à 60 ans et au-delà de 60 ans si les personnes en étaient bénéficiaires avant leurs 60 ans

Exclusions :

- + Les enfants s'ils ont allocataires de la CAF
- + Les bénéficiaires 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).

3.2. Prestations concernées

- + Les aides techniques (LPP ou pas).
- + Les aménagements du logement.
- + En cas de travaux : si logement appartient à bailleur social, ce dernier peut être sollicité
- + Les aménagements de véhicule.

3.3. Financeurs FDCH

- + Le Conseil DEPARTEMENTAL (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 santé (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.
-
- + La CPAM accompagnera prioritairement les bénéficiaires avec des revenus très modestes et modestes tel que calculé par les services de la MDPH pour le COGEST. Le barème qui fait référence est celui de l'ANAH.

3.4. 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 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. Convention avec la MDPH et affectation budgétaire sur la dotation paramétrique

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.

S'agissant d'aides techniques que le service appareillage possède, les ergothérapeutes de l'équipe pluridisciplinaire doivent les proposer aux demandeurs à iso besoin et efficience. Un refus de la part des demandeurs à pouvoir bénéficier du service de prêt d'appareillage pourrait conduire à un refus de financement de la CPAM

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.

Les dossiers ne sont plus présentés en PS AFI depuis la décision d'une dotation mensuelle fixe à affecter en COGEST.

3.5. 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 débiter les travaux sur logement.

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

3.6. Intervention CPAM sur urgence

Réflexion en cours pour 2025, à travailler avec la MDPH.

4. AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE

4.1. 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 1^{er} Avril 2024 :

Plafonds de ressources applicables au 1er avril 2025 en métropole

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel qui permet de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel qui permet de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	10 339 €	13 957 €
2 personnes	15 508 €	20 936 €
3 personnes	18 609 €	25 123 €
4 personnes	21 711 €	29 310 €
Au-delà de 4 personnes	+ 4 135 € par personne supplémentaire	+ 5 583 € par personne supplémentaire

C2S Participative : Montant mensuel de participation par bénéficiaire :

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

4.2. Le dispositif local pour aider à l'acquisition d'une complémentaire

Lors du conseil du 17 juin 2020, les Conseillers ont validé le versement d'une aide financière à compter du 1^{er} 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%
- + Montant de l'aide financière : la moitié du montant annuel contributif par personne au foyer.

Les barèmes et montants des aides 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 systématiquement par les services administratifs et réglée à l'assuré avec délégation. Si l'assuré n'a pas transmis de bulletins d'adhésion à une complémentaire santé, dans le délai de quatre mois après relances, l'aide est annulée et le budget engagé est désengagé.

A chaque CASS les Conseillers seront tenus informés du nombre de bénéficiaires et du montant accordé.

4.3. Le dispositif de lutte contre les difficultés de paiement des cotisations de complémentaire santé (C2SP/Assurance Complémentaire/ Mutuelle)

Une aide peut être accordée par le biais d'une aide ponctuelle et unique aux assurés en difficulté de paiement de la complémentaire santé ou ayant des dettes de cotisation mutuelle ou C2SP, avérées liées à une situation particulière.

Il peut s'agir de:

- Difficultés de paiement liées à un événement particulier/accident de la vie: le nombre de mensualités à financer est limité à un trimestre maximum, si la dette est plus importante, elle fait l'objet d'un passage en PS AFI
- Incident de paiement : paiement, en tout ou partie, du solde de la dette constatée pour éviter la rupture de droit. La pris en charge est limitée à trois échéances compte tenu de la rapidité de détection des incidents par les services de la caisse et du rythme de suspension puis fermeture des droits

Ces incidents de paiement sont gérés par le service précarité, en lien avec la Misas pour les dettes de cotisations qui sont connues lors d'un accompagnement d'accès aux soins et en lien avec le service de gestion des créances qui signale des incidents de paiement et enclenche la procédure de suspension puis fermeture des droits

5. LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE

Le vieillissement de la population active, l'allongement des carrières et l'augmentation des maladies chroniques font de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et du maintien en emploi un enjeu majeur.

La PDP renvoie aux dispositifs et accompagnements mis en œuvre à destination des salariés potentiellement vulnérables du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité. Ces situations de vulnérabilité peuvent être d'origine professionnelle ou non et peuvent se traduire ou non par une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou le bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé (BOETH).

Les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle ont pour objectif de repérer le plus en amont possible ce risque et de mettre en place des dispositifs qui permettront d'éviter la désinsertion du travailleur et de le maintenir en emploi ou de favoriser son retour à l'emploi.

Elles visent ainsi à limiter les conséquences de l'usure professionnelle -qui peuvent se traduire par de l'absentéisme, du turn over, des accidents, des troubles musculo-squelettiques, des troubles psycho sociaux ou encore des restrictions voire des déclarations d'inaptitude.

La prévention de la désinsertion professionnelle est plus largement un levier d'amélioration des conditions de travail, de motivation et d'inclusion des travailleurs.

5.1. Le positionnement de l'assurance maladie

Pour l'Assurance Maladie, la PDP constitue à la fois un levier d'accompagnement des publics les plus exposés au risque de désinsertion professionnelle, afin de leur permettre la construction d'un nouveau parcours professionnel, mais également un levier de gestion du risque, permettant la maîtrise des indemnités journalières en limitant l'allongement des arrêts de travail ou la chronicisation de certaines pathologies

La PDP constitue depuis de nombreuses années, et continue à être, un levier important de la prise en charge des publics les plus exposés à un risque de désinsertion professionnelle.

5.2. Les acteurs de l'assurance maladie

Outre le versement des IJ, assurant aux assurés un revenu de remplacement, et la prise en charge de soins, les Caisses (Cpam, CGSS, CSSM) ont un rôle primordial de détection de situations, d'orientation et de validation des mesures de remobilisation réalisées durant les arrêts de travail et/ou financées sous forme d'IJ, que ces demandes leur parviennent par des partenaires ou par le service social de l'Assurance Maladie.

Dans le cadre de l'accompagnement des assurés les plus fragiles, les caisses ouvrent également la possibilité aux coordonnateurs des parcours (service social de l'Assurance Maladie et partenaires

externes) de solliciter des fonds d'action sanitaire et sociale, pour soutenir financièrement le projet de maintien ou de retour en emploi des assurés.

Le service médical, quant à lui, a un rôle essentiel de détection de situations d'assurés en risque de désinsertion professionnelle et de validation de la cohérence des mesures envisagées avec l'état de santé de l'assuré et la durée prévisible de son arrêt de travail.

Il sera d'ailleurs un acteur central de la collaboration avec les SPST, pour l'orientation des assurés en arrêt de travail, présentant un risque PDP et qui auront donné leur accord

Il revient enfin au service social de coordonner les parcours des assurés pris en charge par l'Assurance Maladie au titre de la PDP et de jouer un rôle pivot dans le développement des partenariats liés à cet axe d'intervention.

5.3. Les conditions d'attribution

Le bénéficiaire de l'aide doit être salarié ou travail indépendant (artisan, commerçant ou autoentrepreneur) en arrêt de travail.

Les actions de PPD financées par l'ASS ne sont pas soumises à condition de ressources.

5.4. La nature des aides

5.4.1. Les actions de remobilisation

Elles ont pour objectif de permettre à l'assuré, lors de son arrêt de travail de pouvoir bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel (psychologue du travail, professionnel de l'insertion du travail) pour reprendre confiance en soi, identifier les mécanismes de souffrance au travail qui ont conduit à l'arrêt de travail pour pouvoir reprendre son travail ou identifier de nouveaux champs de compétences pour changer d'emploi et appréhender une reconversion professionnelle.

Elles sont mises en œuvre par des prestataires du monde de l'insertion professionnelle et font l'objet d'une convention de financement. La recherche de prestataires est faite tous les deux ans par voie d'appel à projets.

Un bilan est présenté à la CASS au premier trimestre de l'année N+1.

5.4.2. Les aides connexes à la PDP

Des aides financières individuelles complémentaires pourront être soumises à l'avis de la Commission PS AFI. Par exemple : un complément financier pour une formation professionnelle pour laquelle le compte de formation professionnelle est insuffisant, un bilan de compétences, des frais de transport pour se rendre à la formation professionnelle lorsque la personne n'a pas de moyens de locomotion.

Ces aides seront soumises par le service social pour décision de la PS AFI.

Un bilan sera réalisé en fin d'année pour pérenniser ou pas ce type d'aides.

5.5. Circuit de mise en œuvre des actions de remobilisation

Dès le repérage d'un assuré pouvant relever d'une action de remobilisation proposée par un prestataire conventionné :

L'assistante de service social :

- Présente l'action de remobilisation à l'assuré
- Lui remet le formulaire pour avis du médecin traitant ainsi que le fly de l'opérateur présentant l'action (cf. PJ) et prévoit un nouveau RDV avec l'assuré pour compléter la fiche d'orientation.
- Prend contact avec l'opérateur pour l'informer du projet d'action/ demander avis si besoin/ définir les dates de l'intervention.
- Si avis favorable du médecin traitant, lors du nouveau RDV avec l'assuré, l'AS :
 - ✚ Complète la fiche d'orientation
 - ✚ Récupère l'avis du médecin traitant
 - ✚ Informe l'assuré de la date du 1^e RDV (sous réserve de l'accord CPAM)

Le service social transmet : la fiche d'orientation et l'avis du médecin traitant pour demander l'avis du service médical et prise en compte par le service PS/AFI pour financement.

La CPAM notifiera la décision à l'assuré avec copie au service social et à l'opérateur concerné.

L'opérateur reprendra contact avec l'assuré pour lui confirmer le jour et le lieu de RDV.

A la fin de l'action, l'opérateur transmettra un bilan (validé par l'assuré) à l'AS « prescriptrice » et transmet pour paiement, la facture au service ASS

6. 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.

6.1. 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.

6.2. 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.

Tarif horaire aide-ménagère retenu par la CPAM 54 au 1^{er} mars 2024 est de 26, 30 euros en semaine et 30 euros dimanche et jours fériés

Portage de repas : 7 euros

6.3. 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.

6.3.1. 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).

6.3.2. 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.

6.3.3. Dispositif PRADO

Le programme PRADO prévoit la possibilité de prise en charge des prestations d'aides à la vie aide-ménagères (ménage, repas, courses) et/ou portage de repas.

L'aide à la vie est prise en charge avec un reste à charge en fonction des revenus du patient sur la base du barème de ressources de la CNAV en vigueur.

L'aide à la vie consiste en une aide financière pour une prestation d'aide-ménagère (ménage, repas, courses) et/ou d'un portage de repas. La prestation déterminée par l'équipe médicale en collaboration avec le service social de l'établissement (s'il est présent), est modulable. Le nombre d'heures mensuel maximal est de 20 heures.

Sa durée est d'un mois renouvelable deux fois, sous réserve de l'évaluation du service social de l'Assurance Maladie, soit un maximum de 3 mois en cohérence avec l'Aide au Retour Après Hospitalisation (ARDH).

Cette aide financière intervient en dernier recours après activation de toutes les aides auxquelles le bénéficiaire peut accéder (mutuelles, CAF...).

Le service social de l'assurance maladie assure le suivi du patient à la sortie de l'hospitalisation en vérifiant que le plan d'aide mis en place correspond bien aux besoins de la personne (par entretien téléphonique ou visite à domicile) et en cas de demande de renouvellement de l'aide.

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.

Le service ASS gère le financement des aides ménagères par délégation mentionnée par les lettres réseaux de la CNAM.

7. 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 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).

7.1. 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

7.2. Bénéficiaires

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

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. Conditions de ressources

<u>Plafonds de ressources par an</u>	
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)	

7.6. Montant des prestations

Nature des prestations	1^{er} niveau	2^{ème} 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.

7.7. Participation à charge de l'assuré

1 ^{er} niveau de ressources	2 ^{ème} 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.

Le service ASS gère le financement des aides aux soins palliatifs, par délégation mentionnée par les lettres réseaux de la CNAM.

7.8. 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

8. LES SUBVENTIONS AUX ASSOCIATIONS

Dans le cadre des dotations qui leurs sont attribuées au titre de l'Action Sanitaire et Sociale, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie peuvent verser des subventions aux associations départementales type loi 1901 ou tout autre groupement.

Elles s'appuient sur les orientations générales de l'Action Sanitaire et Sociale de la branche Maladie déclinées dans la COG et en particulier celles votées par les Conseils des Caisses qui ont compétence en la matière.

Compte tenu de la COG 2023-2027, l'ASS collective devra notamment porter sur des champs tels que le recours aux soins, la mobilité, le handicap, certaines innovations en lien avec la santé (inclusion numérique dont lutte contre l'illectronisme, la santé environnementale, les actions « sport et santé », les contrats locaux de santé, les transports solidaires...) dans une logique « d'Aller Vers » au travers d'actions « hors les murs »

8.1. Financement des associations

8.1.1. Le demandeur

Des aides financières peuvent être consenties à des personnes publiques ou certaines personnes privées ou organismes de droit privé notamment des associations dont le but d'intérêt général est autre que la recherche du profit et qui œuvrent dans le domaine sanitaire et notamment l'accès aux soins.

- ✚ 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.).

L'association est obligatoirement 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.

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.

8.1.2. La nature de la demande

- + Demande de subvention pour investissement : ne relève pas d'une subvention CPAM / Notifier systématiquement par services administratifs
- + Demande de subvention pour organiser une manifestation type colloque, fête annuelle : préconisation CNAM : refus. Notifier systématiquement par services administratifs.
- + Demande de subvention pour organiser une action de promotion ou 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.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. L'analyse financière et les possibilités de financement

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

Il est rappelé, qu'en principe, aucun financement ne peut avoir lieu si le fonds de roulement de l'association/établissement public sans but lucratif est supérieur à un trimestre de fonctionnement. Néanmoins, cette condition peut être levée si l'association/établissement public sans but lucratif prouve que la somme est temporairement épargnée pour la mise en œuvre d'une action spécifique programmée et certaine

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.

Un soutien particulier est accordé aux structures qui bénéficient d'autres soutiens financiers que celui de l'assurance maladie et dont le fondement réel est apporté.

Il existe deux modalités de financement :

- Des subventions de fonctionnement général
- Des subventions de fonctionnement dans le cadre d'une action spécifique avec des objectifs déterminés et évaluables. Dans ce cas, la demande pourra faire suite à un appel à projet émis par la Caisse ou à une demande spontanée de l'association loi 1901 ou établissement public sans but lucratif. Les projets pourront être pluriannuels.
Il n'est pas possible de financer le fonctionnement général au-delà de 50% du budget de l'association
- Des subventions d'équipement pour du petit matériel à titre exceptionnel en vue de l'amélioration de l'activité notamment si elle est associée à une action spécifique

LA CPAM peut financer des actions sur les territoires par le biais d'un appel à projets afin d'inciter les partenaires concernés à construire des actions répondant aux besoins identifiés par la CPAM et décrit dans un cahier des charges.

L'appel à projet est alors lancé avec un dossier de candidature par tous moyens de communication. Une date de limite de dépôt du dossier est fixée.

Suite au dépôt des candidatures, des échanges seront organisés afin d'examiner les contours, les objectifs et l'éligibilité des projets. Les candidatures seront ensuite étudiées par la CASS qui décidera des projets retenus et des financements alloués pour une mise en œuvre des dispositifs sur l'année. Le financement d'un projet sera fonction de son intérêt pour la Caisse Primaire, du besoin réel de l'association de disposer d'une subvention de l'Assurance Maladie, de la capacité de l'association à mener le projet à bien, de la rigueur et de la transparence de sa gestion et de la régularité de son fonctionnement interne.

La subvention attribuée devra être affectée au financement du projet et ne pourra couvrir des frais de fonctionnement structurel ou d'investissement.

8.5. 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.

8.6. Décision de la CASS

Tout refus doit être motivé.

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

8.7. La convention

En cas d'accord, toute subvention allouée à une association/établissement public sans but lucratif fait l'objet d'une convention de financement accompagnée d'un Contrat d'Engagement Républicain (loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République).

La subvention n'est versée qu'à la signature de la convention.

Pour des subventions d'un montant important, il conviendra dans les conventions de prévoir un versement initial partiel, 50% de la subvention accordée, et un versement de solde attribué après évaluation des résultats du projet.

La structure financée s'engage à signer le contrat républicain joint à la convention de financement

8.8. 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 la structure.

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

8.9. Les contrôles

Prévus dans le texte de la convention signée avec 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.

8.10. Budget

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

L'affectation budgétaire pour les subventions collectives par rapport aux aides individuelles ne peut excéder 40 % de la dotation paramétrique.