



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Avril 2023

PARTENAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE LE GUIDE PRATIQUE



**Assurance Maladie
et publics fragiles**

Accès aux droits, aux soins et à la prévention

PRÉFACE

L'Assurance Maladie est un garant de la santé de tous. Elle a comme objectif de garantir l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des populations fragilisées. Elle veille au capital santé de chacun.

C'est pourquoi les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la Seine-Maritime (Rouen-Elbeuf-Dieppe et Le Havre), dans le cadre de leur mission solidaire, ont initié ce guide d'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

Ce guide constitue un outil d'information mis à disposition des professionnels, des bénévoles des milieux médico-socio-éducatifs et des associations.

Il présente, les droits Protection Universelle MALadie (PUMA), Complémentaire Santé Solidaire et Aide Médicale État (AME), les prestations pouvant être attribuées par la commission d'Action Sanitaire et Sociale ainsi que les actions de prévention, les contacts et les services de l'Assurance Maladie.

SOMMAIRE

01

LES DROITS PUMA, COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, AME

PUMA : La Protection Universelle MALadie

5

Les grands principes de la Protection Universelle MALadie

5

Zoom sur les demandeurs d'emploi

6

Zoom sur les étudiants

6

Zoom sur la Garantie Jeunes

6

Zoom sur les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat

6

Zoom sur les demandeurs d'asile

6

La Complémentaire Santé Solidaire

7

Les conditions pour en bénéficier

7

Les conditions de ressources

8

La participation financière : le paiement et les montants

9

Le principe et les modalités du renouvellement

9

Le renouvellement automatique de la Complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA et de l'ASPA

10

Les droits

10

AME : L'Aide Médicale de l'État

11

Les conditions pour en bénéficier

11

Les démarches à accomplir

11

Les droits offerts

12

Le renouvellement des droits

12

L'aide médicale à titre humanitaire

12

02

LES PRESTATIONS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

13

Les aides de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale

13

Les conditions pour présenter une demande recevable

13

La constitution d'un dossier de demande d'aide

13

Les prestations d'Action Sanitaire et Sociale

14

L'accès aux soins

14

L'adhésion à une complémentaire santé

16

La prévention de la désinsertion professionnelle

16

Les aides sociales

17

Le retour et maintien à domicile

19

Les prestations supplémentaires

20

La subvention aux associations

20

Le barème d'attribution d'une aide financière individuelle

21

03

LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

22

04

LA PRÉVENTION ET LES SERVICES EN SANTÉ

24

La prévention

24

Quel est le rôle du service prévention santé ?

24

Qui peut bénéficier des campagnes de prévention de l'Assurance Maladie ?

24

Les services en santé

26

05

LES SERVICES ET LES CONTACTS

27

PUMA : la Protection Universelle MALadie

LES GRANDS PRINCIPES DE LA PUMA

1. Garantir la continuité des droits dans la prise en charge des frais de santé :

Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie, sans que soient remis en cause les régimes d'Assurance Maladie, ni les règles des conventions internationales, ni les règles de droit européen.

2. Attribuer le droit aux frais de santé par la vérification du respect d'un double critère :

critère d'activité professionnelle ou de
résidence stable **ET**
critère de régularité

Les salariés n'ont pas à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Ces droits ne sont plus limités dans le temps.

3. Le statut d'ayant droit disparaît pour toute personne majeure :

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière.

Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit.

Ainsi, pour les 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit.

En pratique, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle pourra choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé prise en charge.

4. Les critères de résidence et de régularité :

Le critère de résidence s'appuie sur une présence minimale sur le territoire de 3 mois à l'ouverture du droit, puis de 6 mois par an pour les années suivantes.

Un nouveau formulaire est à disposition sur ameli.fr rubrique « Formulaires » S1106.»

5. Le droit à PUMA n'est pas modifié par un changement de situation personnelle :

La protection universelle maladie permet à l'assuré de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture de droits sont ainsi évitées.

Toutefois, l'assuré devra contacter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour la mise à jour de son dossier

- changement de nom => fournir un justificatif d'état civil
- changement de coordonnées bancaires => fournir un RIB

LES OBJECTIFS DE LA PUMA

- Simplifier la vie des assurés,
- Assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé,
- Réduire au strict nécessaire les démarches administratives,
- Garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

The image shows a form titled 'Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie' (S1106). It is a document for individuals to request the opening of their health insurance rights. The form includes sections for personal information, declaration of residence, and declaration of activity. It also has a section for the declaration of the declarant's status (e.g., employee, self-employed, etc.). The form is numbered S1106 at the bottom right.

Imprimé S1106
«Demande d'ouverture de droits
à l'assurance maladie»

PUMA : la Protection Universelle MALadie

ZOOM SUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Les personnes majeures inscrites à Pôle Emploi, indemnisées ou non, sont prises en charge pour la part obligatoire de leurs frais de santé dans le cadre de PUMA.

➡ Une demande devra être adressée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (via le formulaire S1106) accompagné des pièces demandées et, le cas échéant, d'une demande de Complémentaire santé solidaire (formulaire S3711).

ZOOM SUR LES ÉTUDIANTS

Les étudiants restent pris en charge par leur Régime d'appartenance au moment de l'inscription (l'année universitaire commence au 1^{er} septembre).

ZOOM SUR LA GARANTIE JEUNES

Un jeune âgé de 18 à 25 ans peut bénéficier de la Garantie jeunes. Pour rappel, un jeune qui atteint 18 ans, devient assuré à titre personnel en restant attaché à son régime antérieur sauf s'il exerce une activité salariée dépendant du Régime Général. Dans le cadre d'une demande de Complémentaire santé solidaire, qu'il soit ayant droit ou demandeur, la Garantie jeunes doit être déclarée dans les ressources du foyer.

ZOOM SUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

Pour les personnes bénéficiant de l'Aide Médicale Etat et évoluant vers une situation régulière en cours de droit :

➡ Selon la situation, une demande d'affiliation sous condition de résidence ou d'activité salariée devra être faite via le formulaire S1106 accompagné des pièces demandées et, le cas échéant, d'une demande de Complémentaire santé solidaire (formulaire S3711).

ZOOM SUR LES DEMANDEURS D'ASILE

Le rattachement des demandeurs d'asile majeurs sur critère de résidence - donnant la création d'un numéro de Sécurité sociale provisoire terminant par 7 ou par 8 - avec présence obligatoire de 3 mois sur le territoire français, est réalisé sur la base d'un dossier comprenant :

- l'imprimé S1106 dûment complété, daté et signé.
- l'Attestation de Demande d'Asile (ADA) qui vaut justificatif d'identité, de régularité du séjour et de stabilité de la résidence (prouvée par l'obtention d'un justificatif d'hébergement). L'ADA permet d'attester du statut de demandeur d'asile.
- La Déclaration de domiciliation postale : en présence d'une déclaration de domiciliation, il convient de reprendre cette adresse ; en l'absence de déclaration de domiciliation, il convient de reprendre l'adresse indiquée sur l'ADA.

Le rattachement de l'enfant mineur est réalisé sur la base du document « offre de prise en charge au titre du dispositif national d'accueil » (OPEC) délivré par l'OFII à l'issue de l'examen de la situation sociale du demandeur d'asile et de son foyer, lors du passage au guichet unique (les enfants peuvent également figurer sur l'ADA).

Le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) est à fournir lorsque le titulaire a procédé à l'ouverture d'un compte bancaire.

Après l'obtention du statut de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire, il est impératif de transmettre à la CPAM de la circonscription de l'assuré pour la création d'un numéro de Sécurité sociale définitif :

- Le certificat de naissance délivré par l'OFPRA,
- Le titre de séjour : titre définitif ou récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « reconnu réfugié » ou récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire » ou récépissé constatant la reconnaissance de protection internationale.

La Complémentaire santé solidaire

La loi 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une CMU, s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Cette réforme crée une couverture complémentaire gratuite pour les personnes les plus défavorisées, et qui s'ajoute à la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie. L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit l'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS afin d'améliorer le taux de recours de la population éligible à l'ACS par une simplification des démarches et une amélioration des garanties couvertes.

Cet article supprime ainsi l'ACS pour permettre à ses bénéficiaires d'accéder à la CMU-C moyennant paiement d'une participation financière. Ce nouveau dispositif, appelé la « Complémentaire santé solidaire », remplace depuis le 1^{er} novembre, la CMU-C et l'ACS.

LES CONDITIONS POUR EN BÉNÉFICIER

Selon le niveau de ressources du foyer, la Complémentaire santé solidaire nécessitera le paiement d'une participation financière.

La réforme de la Complémentaire santé solidaire ne remet pas en cause les règles en vigueur concernant notamment la constitution du dossier, le choix de l'organisme complémentaire, le délai de réponse de la caisse et les règles de composition du foyer.

Les droits accordés sont les mêmes, que ceux-ci nécessitent paiement ou non d'une participation financière : panier de soins, dispense d'avance de frais, tarifs opposables et contrat de sortie.

Cette demande se fait via le formulaire S3711 ou via le compte ameli de l'assuré.

Lorsque l'assuré obtient le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire alors qu'il est déjà couvert par un organisme complémentaire :

- il doit le conserver jusqu'au renouvellement de son droit si l'organisme figure sur la liste du Fonds CMU. Il pourra changer librement d'organisme gestionnaire à l'occasion du renouvellement.

A ce titre, pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais de santé, les personnes visées à l'article L.160-1 doivent soit exercer une activité professionnelle, soit résider en France de manière stable et régulière.

L'ouverture des droits de base est donc un préalable nécessaire et indispensable à l'ouverture des droits à la Complémentaire santé solidaire (cf.PUMA).

REVENUS ANNUELS À NE PAS DÉPASSER

9.571 € pour



14.357 € pour



17.229 € pour



20.100 € pour



Au-delà de 4 personnes et pour les DOM voir sur ameli.fr
Plafond Complémentaire santé solidaire au 01/07/2022

/!\ Plafond révisable plusieurs fois dans l'année, se référer au site ameli.fr

La Complémentaire santé solidaire

L'attribution de la Complémentaire santé solidaire est examinée pour un foyer, en fonction des personnes qui le composent.

Celui-ci se compose :

- du demandeur,
- de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) soumis à une imposition commune,
- les enfants et autres personnes, âgées de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), y compris s'ils bénéficient du RSA jeune,
- les enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire liés par un pacte civil de solidarité (PACS) âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre, y compris s'ils bénéficient du RSA jeune,
- les enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire liés par un pacte civil de solidarité (PACS) âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, qui perçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire, y compris s'ils bénéficient du RSA jeune.

LES CONDITIONS DE RESSOURCES

Selon le niveau de ressources du foyer considéré, le droit attribué pourra être une Complémentaire santé solidaire moyennant ou non le paiement d'une participation financière.

1^{ère} étape

Constitution d'un dossier de demande (formulaire 3711) comportant :

- l'identification du foyer ;
- la déclaration des ressources ;
- le choix de l'organisme appelé à gérer la part complémentaire en cas d'accord ;
- l'avis d'imposition.

Si les ressources permettent d'obtenir une Complémentaire santé solidaire sans participation financière, le bénéficiaire n'a pas d'autre démarche supplémentaire à mener que la mise à jour de sa carte Vitale

Le décret n°2019-621 apporte les modifications suivantes quant à certaines ressources ; revenus de biens mobiliers et immobiliers, l'abattement de 30% sur les arrêts de travail et la suppression de l'évaluation forfaitaire pour les travailleurs indépendants.

Les ressources exclues :

- toutes les bourses soumises à condition de ressources ;
- le versement des pensions alimentaires.

Pour les assurés travailleurs indépendants/conjoints collaborateurs :

- les indemnités et allocations complémentaires versées aux conjoint(e)s collaborateur(trice)s, à l'occasion d'un remplacement dans le cadre d'un congé maternité, paternité, adoption ;
- les allocations et indemnités complémentaires de remplacement versées au conjoint collaborateur en cas décès de la mère.

2^{ème} étape

Si les ressources donnent droit à une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, une démarche d'adhésion est nécessaire pour activer la Complémentaire.

La Complémentaire santé solidaire

LE PAIEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE

Lorsque l'étude des ressources du foyer conduit à attribuer une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, son montant est déterminé, pour chaque membre du foyer, en fonction de l'âge du bénéficiaire au 1^{er} janvier de l'année d'attribution (art. R.861-16-1 CSS).

Lorsque le foyer se voit notifier un droit à la Complémentaire santé solidaire participative, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie transmet au demandeur les éléments suivants :

Un bulletin d'adhésion qui précisera :

- Le montant annuel de la participation financière due pour chaque membre du foyer ;
- Les garanties prises en charges au titre de la Complémentaire santé solidaire (pour rappel, elles sont identiques à une Complémentaire santé solidaire sans participation financière) ;
- La durée du bénéfice du droit ;
- Les circonstances dans lesquelles il pourra être mis fin à la prise en charge des frais de santé par la Complémentaire santé solidaire en application de l'article L.861-11 (non-paiement des participations financières) ;
- Un document autorisant le prélèvement du montant des participations financières ;
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à débiter.

LE MONTANT DES PARTICIPATIONS FINANCIÈRES

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution	Montant mensuel de la participation
Jusqu'à 29 ans	8 euros
De 30 à 49 ans	14 euros
De 50 à 59 ans	21 euros
60 à 69 ans	25 euros
70 ans et +	30 euros

LE PRINCIPE ET LES MODALITÉS DU RENOUELEMENT

La demande de renouvellement est déposée au plus tôt 4 mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée, selon les modalités prévues par l'article R. 861-16. Il est préférable de la déposer au plus tôt 2 mois avant l'expiration. Le renouvellement de la protection complémentaire prend effet :

- CSS non Participative : le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent.
- CSS Participative : le premier jour du mois de la réception du bulletin d'adhésion complété et signé (sous réserve d'être à jour dans les cotisations de son droit précédent).

Il s'agit d'éviter les ruptures de droit, notamment lors du renouvellement d'une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, lequel nécessite le renvoi du bulletin d'adhésion ou du contrat et du mandat de prélèvement.

REVENUS ANNUELS À NE PAS DÉPASSER

12.921 € pour



19.382 € pour



23.259 € pour



27.135 € pour



Au-delà de 4 personnes et pour les DOM voir sur ameli.fr
Plafond Complémentaire santé solidaire au 01/07/2022.

/!\ Plafond révisable plusieurs fois dans l'année, se référer au site ameli.fr

La Complémentaire santé solidaire

LE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LES ALLOCATAIRES DU RSA ET DE L'ASPA

L'article R.861-18 prévoit les modalités du renouvellement automatique de la Complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2019, et pour les bénéficiaires de l'ASPA ou du minimum vieillesse, lesquelles bénéficient jusqu'alors du renouvellement automatique de l'ACS.

Ces allocataires sont informés avant la fin de leur droit en cours, de cette reconduction et, le cas échéant, du montant de la participation due au titre du foyer.

Les intéressés disposent alors d'un mois pour se manifester s'ils ne souhaitent plus bénéficier de ce droit ou s'ils souhaitent changer d'organisme complémentaire. A l'issue de ce délai, sans réponse de leur part, le droit est renouvelé auprès du même organisme gestionnaire.



LES DROITS

Tiers payant sur l'ensemble des actes du panier sur les montants pris en charge par le régime obligatoire et la Complémentaire santé solidaire.

PRESTATIONS		PRISE EN CHARGE
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	TM
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	
	Analyses et examens de laboratoire	
	Médicaments	TM + forfait
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire	
Dentaire	Matériel médical autre	TM
	Soins	TM
	Prothèses panier de soins	
Complémentaire santé solidaire	TM + forfait	
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins	
Complémentaire santé solidaire	TM + forfait	
	Orthodontie autre	TM
Optique	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire	
	TM + forfait	
	Equipements autres	TM
	Lentilles	
Aides auditives	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire	TM + forfait
	Equipements autres	TM

- Obligation de respect des tarifs par les professionnels de santé : pas de dépassement de tarif (sauf exigence particulière)
- Exonération des participations forfaitaires et franchises
- Contrat de sortie à tarif préférentiel

AME : l'Aide Médicale de l'État

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) est un dispositif permettant aux personnes étrangères, en situation irrégulière sur le territoire et résidant en France depuis plus de 3 mois, de bénéficier sous condition de ressources, d'une prise en charge des prestations en nature maladie-maternité pendant un an.

LES CONDITIONS POUR EN BÉNÉFICIER

Pour prétendre à l'Aide Médicale de l'État, les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière doivent remplir certaines conditions :

- résider de façon ininterrompue en France depuis plus de 3 mois (conditions imposées au demandeur et non aux personnes à charge*),
- avoir des ressources inférieures au plafond Complémentaire Santé Solidaire en vigueur selon la composition du foyer au moment de la demande. Les ressources prises en considération sont constituées par l'ensemble des ressources de toute nature du demandeur et de ses ayants droits au cours des 12 mois civils qui précèdent la demande, qu'elles soient imposables ou non, qu'elles aient été perçues en France ou à l'étranger,
- avoir un domicile fixe ou élire domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un CCAS.

* les personnes à charge sont : le conjoint, concubin ou partenaire, les enfants à charge de moins de 16 ans ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études.

LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR

Un seul formulaire S3720 doit être complété par foyer et adressé ou déposé à l'un des centres de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, accompagné des pièces justificatives d'état civil, de résidence, des ressources du foyer, du domicile, et d'une photo d'identité pour chaque bénéficiaire de 16 ans et plus.

Dépôt de la première demande d'AME - Nouveau principe (article L252-1 du CASF) :

- la 1^{ère} demande d'AME doit être déposée par le demandeur ou un majeur du foyer auprès d'une caisse d'assurance maladie ou d'un organisme habilité par elle,
- le dossier de renouvellement est remis/déposé/envoyé dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui (à la caisse directement ou via un organisme agréé).

Exceptions au principe de remise en caisse par le

demandeur :

- en cas de prise en charge par un établissement ou une PASS, le dossier est remis à la caisse avec le tampon de l'établissement ou de la PASS en bas du formulaire,
- mineurs non accompagnés : dépôt à la caisse par la structure qui accompagne le mineur,
- personnes sous tutelle/curatelle : même règle que pour le renouvellement,
- personnes à mobilité réduite : même règle que pour le renouvellement.

Les pièces justificatives à joindre au dossier :

- Les justificatifs d'identité pour chaque personne figurant sur la demande, quel que soit son âge,
- Les justificatifs de stabilité de résidence. Lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique, une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, ainsi qu'une attestation sur l'honneur rédigée par l'hébergeant précisant la date depuis laquelle le demandeur est hébergé,
- Déclarer les ressources et fournir les justificatifs correspondants des 12 mois qui précèdent la demande, imposables ou non, perçues en France ou à l'étranger, et pour chaque membre du foyer,
- En cas d'absence de ressources, une attestation sur l'honneur est à compléter accessible depuis la rubrique Documents et liens utiles du Portail Partenaires <https://partenaires.cpam76.fr>

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

La personne se présentant comme mineur se voit attribuer une AME sans délai pour 12 mois à la date de la demande ou à la date des soins de façon rétroactive, sans condition de résidence, de ressources ni d'obligation de dépôt en accueil.

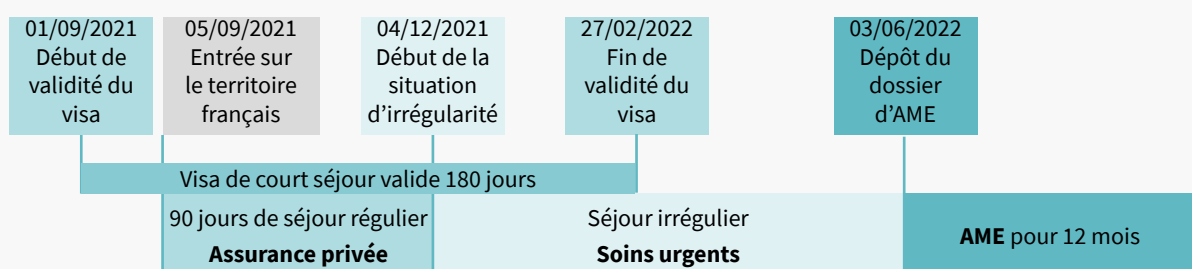
En cas d'absence de pièce d'identité, une attestation peut être établie par le Conseil départemental ou une association accompagnant le jeune.

En cas de besoin de soins, une priorisation de l'instruction du dossier peut être demandée en joignant un certificat médical, une prescription ou une attestation.

Ces documents sont accessibles depuis la rubrique «Documents et liens utiles» du Portail Partenaires <https://partenaires.cpam76.fr>

NB : les mineurs dont les parents en situation irrégulière ne peuvent bénéficier de l'AME, sont éligibles à titre individuel à l'AME dès leur arrivée sur le territoire français.

PASSAGE D'UNE SITUATION RÉGULIÈRE À IRRÉGULIÈRE



AME : l'Aide Médicale de l'État

DÉLAI D'ANCIENNETÉ DANS LE DROIT AME POUR PRISE EN CHARGE DE CERTAINES PRESTATIONS :

Nouvelle règle de prise en charge fixée par l'article L251-2 du CASF :

- Condition d'ancienneté du bénéficiaire de l'AME pour obtenir la prise en charge de certains actes : délai d'ancienneté fixé à 9 mois par le projet de décret,
- Si l'absence de ces soins a des conséquences vitales ou graves et durables : prise en charge possible avec accord préalable du contrôle médical,
- Liste des actes fixée par décret (prestations hospitalières + masso-kinésithérapie et transports en rapport ; soins en ville : masso-kinésithérapie pour certaines indications).

CONDITION DE RÉSIDENCE DE 3 MOIS POUR LES DEMANDEURS D'ASILE :

Suppression de l'exonération de la condition de résidence pour les demandeurs d'asile majeurs :

- Modification de l'article D 160-2 du CSS sur l'exonération de la condition de résidence (suppression des DA majeurs),
- Modification de l'article L 254-1 du CASF : possibilité de soins urgents pour les DA (situation régulière) tant que la condition de résidence de 3 mois n'est pas remplie.

Possibilité de soins urgents dans ce délai de 3 mois.

DELIVRANCE DE LA CARTE AME :

- Un courrier est adressé au demandeur par la CPAM : le demandeur doit venir chercher sa carte à l'accueil de la CPAM, après réception du courrier et à la date indiquée,
- Le demandeur et ses ayants droit de plus de 16 ans doivent se présenter en personne à l'accueil de la CPAM pour retirer leurs cartes AME.

LES DROITS OFFERTS

1. Les prestations

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État ont droit pendant un an à la prise en charge à 100% :

- des soins médicaux, hospitaliers et dentaires, hors PMA (Procréation Médicalement Assistée) et cures, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale avec dispense d'avance des frais,
- du forfait journalier.

Par ailleurs, ces personnes n'étant pas des assurés sociaux, aucun fonds de secours ni prestations supplémentaires ne peuvent leur être attribués par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'AME.

2. La durée du droit

L'AME est accordée pour une durée d'un an à compter :

- soit de la date de dépôt de la demande,
- soit de la date d'entrée dans l'établissement hospitalier ou à la date des premiers soins hospitaliers, si la demande est déposée dans un délai de 30 jours à compter de la date d'entrée dans l'établissement ou de la date des premiers soins (sous réserve de remplir les conditions de résidence en France).

LE RENOUVELLEMENT DES DROITS

Le renouvellement de l'Aide Médicale de l'État n'est pas automatique. Une nouvelle demande doit être adressée dans les deux mois précédant l'expiration des droits accompagnée des mêmes justificatifs fournis lors de la première demande.

L'AIDE MÉDICALE À TITRE HUMANITAIRE

Il ne s'agit pas d'un droit mais d'une possibilité pour les personnes qui résident habituellement hors de France et ont besoin de soins de façon inopinée.

L'instruction de ces demandes est de la seule compétence de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale.

LES AIDES DE LA COMMISSION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Une situation matérielle rendue difficile suite à un problème de santé ?

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut aider à faire face aux dépenses imprévues liées à cette situation.

Ces aides sont facultatives et leur montant est déterminé selon un barème, par la commission, après examen de la situation sociale et financière du foyer.

En général, les prestations sont réglées aux tiers et non à l'assuré.

Elles portent sur les domaines suivants :

accès aux soins, aide au paiement d'une complémentaire santé, réinsertion professionnelle, retour et maintien à domicile.

La commission peut aussi octroyer des subventions à des associations oeuvrant dans le champ de la santé, du handicap et de la réinsertion sociale.

LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

1. Imprimé DAFE « Demande d'Aide Financière Exceptionnelle » dûment complété et signé.
2. Justificatifs de ressources du foyer **des 3 derniers mois** précédant la demande :
 - Bulletins de salaire (salaire net imposable),
 - Avis Pôle Emploi (net à payer),
 - Pension de retraite,
 - Pension d'invalidité,
 - Rente Accident du Travail,
 - Attestation CAF
 - Autres
3. Dernier Avis d'Imposition.
4. Quittance de loyer ou taxe foncière.
5. Appel de Cotisation Mutuelle.

LES CONDITIONS POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE RECEVABLE

1. Bénéficiaire appartenant au Régime Général ou à une Section Locale Mutualiste, des circonscriptions de Rouen, Elbeuf, Dieppe et Le Havre (ne pas avoir l'AME), tous les travailleurs indépendants depuis le 01/01/2020,
 2. Condition de ressources,
 3. Etat de maladie (indemnités journalières maladie ou maladie professionnelle ou accident du travail, Pension d'invalidité, AAH, Hospitalisation)*.
- * sauf pour le dispositif « Complémentaire Santé » et l'Accès aux soins.
4. Bénéficiaire d'une mutuelle.

 Imprimé DAFE CPAM RED. Le formulaire est intitulé 'DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE' et est destiné à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rouen, Elbeuf, Dieppe et Le Havre. Il contient des sections pour l'assuré, le bénéficiaire de l'aide, et l'objet de la demande.

CPAM RED

 Imprimé DAFE CPAM LE HAVRE. Le formulaire est intitulé 'DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE' et est destiné à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rouen, Elbeuf, Dieppe et Le Havre. Il contient des sections pour l'assuré, le bénéficiaire de l'aide, et l'objet de la demande.

CPAM LE HAVRE

Imprimé DAFE

ACCÈS AUX SOINS

SOINS DENTAIRES

PROTHÈSES DENTAIRES

PARODONTOLOGIE

FRAIS D'ORTHODONTIE

EXCLUSION : PANIER DE SOINS CSS

Conditions à remplir

- Cotation référencée (Code CCAM),
- Hors 100% santé pour prothèses dentaires,
- Pas de condition d'âge.

Pièces à fournir

- Le devis détaillé, la commission se donne la possibilité de demander un 2^{ème} devis,
- La notification de l'organisme complémentaire précisant le montant pris en charge ou l'absence de participation.

FRAIS AUDITIFS

Une aide peut être accordée pour le financement des dépenses de prothèses auditives, de réparation ou de petits matériels.

(Hors 100% Santé et médicalement justifié)

Conditions à remplir

- Ne pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire,
- Appareil inscrit à la LPPR ou demande argumentée pour un appareil homologué non remboursable,
- Etre âgé de plus de 60 ans ou ayant eu un refus de Prise en Charge par la MDPH (La MDPH ne prend qu'avec un taux d'incapacité > à 80%).

Pièces à fournir

- La prescription médicale,
- La notification de l'organisme complémentaire précisant le montant pris en charge ou l'absence de participation,
- Notification de refus de la MDPH.

ACCÈS AUX SOINS

PHARMACIE

Une aide peut être accordée pour le financement de médicaments, fournitures et accessoires non remboursables ou suppléments de tarifs : nutriments, fournitures d'hygiène, vaccins, pansements, semelles orthopédiques (plafonnée à un barème fixé par la Commission. Aide limitée à deux paires par an pour les enfants et à une paire par adulte.

Prothèses capillaires de classe 2 : avis laissé à l'appréciation de la Commission.

Avis du médecin conseil de l'Assurance Maladie demandé.

Conditions à remplir

- Cotation référencée ou inscrite à la LPPR,
- Pas de condition d'âge.
- Semelles : 1 demande par an pour les adultes / possibilité de 2 demandes par an pour les enfants de -16 ans

Pièces à fournir

- Le devis ou la facture,
- La prescription médicale,
- La notification de l'organisme complémentaire précisant le montant pris en charge ou l'absence de participation.

FORFAIT JOURNALIER

Une aide peut être accordée pour le paiement de la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien, à l'hôpital, en clinique, en établissement de soins ou de rééducation, ou en centre de convalescence (Service psychiatrique ou autre).

Conditions à remplir

- Contrat Mutuelle à jour,
- Pas de condition d'âge.

Pièces à fournir

- Rapport social,
- Facture de l'établissement de soins précisant le détail des frais,
- La notification de l'organisme complémentaire précisant l'absence de participation.

AUTRES SOINS (Hors Pharmacie / LPPR)

Une aide peut être accordée pour certaines dépenses liées à la maladie et non remboursables par l'Assurance Maladie (exemple : psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie et psychologie...).

Avis du médecin conseil de l'Assurance Maladie demandé.

Conditions à remplir

- Etre bénéficiaire d'une mutuelle qui ne couvre pas ce type de soins,
- Les soins doivent être médicalement justifiés.

Pièces à fournir

- La facture ou le devis,
- Un certificat médical circonstancié,
- La notification de l'organisme complémentaire précisant l'absence de participation,
- La notification accord ou refus MDPH ou accusé de réception de dépôt du dossier.

LPP ou LPPR : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

L'ADHÉSION À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

DISPOSITIF AIDE MUTUELLE

Une aide peut être accordée pour le financement de la cotisation Complémentaire santé (mutuelle, organisme de prévoyance ou assurance) pour un assuré ayant obtenu un refus Complémentaire santé solidaire.

- Dette mutuelle
- Pour toutes autres demandes dans le cadre de l'aide à la mutuelle

Conditions à remplir

- Pas de condition d'âge.

Pièce justificative

- Appel de cotisation annuel ou devis.

EXCLUSION : Bénéficiaire d'une mutuelle employeur (SAUF dette entraînée par un arrêt de travail).

LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

BILAN DE COMPÉTENCES

DISPOSITIF DE MOBILISATION ET D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Aide au financement de bilans de compétence ou d'un dispositif d'orientation (assuré désirant préparer un retour à l'emploi avant la fin des indemnités journalières, avec mise en situation en entreprise), pour des assurés en arrêt de travail, notamment de longue durée, pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle, en vue de permettre une reconversion.

Plusieurs prestations peuvent être proposés.
Pour toutes demandes, vous pouvez contacter le 36 46 et dites « service social » (service gratuit + coût de l'appel).

PRIME DE FIN DE RÉÉDUCATION

Une prime de fin de rééducation peut être versée en fin de stage de rééducation professionnelle, aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, devenues de ce fait, inaptes à exercer leur profession ou ne pouvant le faire qu'après une nouvelle adaptation.

Conditions à remplir

- La mise en oeuvre de la rééducation professionnelle passe par la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Pièces à fournir

- L'imprimé DAFE dûment complété, accompagné des pièces justificatives suivantes :
 - l'appréciation du Directeur de l'Etablissement ;
 - la situation avant AT et projet de formation.

LES AIDES SOCIALES (UNIQUEMENT POUR LA CPAM ROUEN-ELBEUF-DIEPPE)

PERTE DE RESSOURCES / AIDES SOCIALES

En cas de baisse de revenus liée à l'aggravation de l'état de santé, une aide exceptionnelle peut être accordée (Indemnités Journalières Maladie ou AT, pension d'invalidité, etc.) pour le paiement de charges de la vie courante : logement, besoins alimentaires...

Exclusions : dettes antérieures à la perte de revenus.

Conditions à remplir

- Les difficultés financières doivent résulter d'une brusque perte de ressources engendrée par l'aggravation de l'état de santé (arrêt maladie, invalidité, AAH, hospitalisation).
- Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et/ou AAH se verront notifier un refus si cet état est de moins de 12 mois.
- Ne pas être à la retraite.

Pièces justificatives

- La demande doit faire l'objet d'une évaluation sociale réalisée par un travailleur social,
- La facture correspondant à la demande : quittance de loyer, assurance habitation, énergie, eau...

LES AIDES SOCIALES

FRAIS D'OBSÈQUES

Une aide peut être accordée lors du décès d'un proche.

Conditions à remplir

- Ne pas être retraité,
- La situation de l'assuré décédé ne permet pas le versement du capital décès.

Pièces à fournir

- La facture des pompes funèbres.
- Le certificat de décès.
- Les ressources du foyer du défunt et du foyer du demandeur, sur les 3 derniers mois.

FRAIS DE TRANSPORT / HÉBERGEMENT

Une aide peut être accordée pour le financement des dépenses de frais de transport (pour aller visiter un bénéficiaire hospitalisé) ou d'hébergement du parent.

Conditions à remplir

- Pas de conditions d'âge.

Pièces à fournir

- La demande doit faire l'objet d'une évaluation sociale indiquant l'estimation des frais.

LE RETOUR ET MAINTIEN À DOMICILE

AIDES MÉNAGÈRES

Une aide peut être accordée pour le financement d'heures d'aide à domicile liée à l'isolement social et/ou familial. Aide accordée sous forme de Chèque Emploi Service.

Conditions à remplir

Cette aide n'est accordée que dans le cadre d'une incapacité résultant d'un état de santé permanent (AAH, Pension d'invalidité) ou temporaire (Certificat médical). En outre, pour bénéficier de cette aide, l'assuré ne doit pas :

- être retraité (dans ce cas : voir les aides de la CARSAT),
- faire partie d'une famille composée d'au moins deux enfants, dont un âgé de moins de 16 ans (dans ce cas : voir les aides de la CAF).

Pièces à fournir

- La demande doit faire l'objet d'une évaluation sociale,
- Une prescription médicale (nombre d'heures, durée, nature des besoins...).

PRADO

Prado, le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, prévoit des prestations d'aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas).

Cette prestation « aide à la vie » est déterminée par l'équipe médicale en collaboration avec le service social de l'établissement.

Le nombre d'heures maximal est de 20 heures par mois renouvelable 2 fois.

Reste à charge pour le patient en fonction de ses revenus sur la base du barème des ressources de la CNAV.

Conditions à remplir

- Patient non retraité,
- Grille d'éligibilité dûment complétée avec la mention « aide à la vie » par l'équipe médicale et le service social de l'établissement.

Pièces à fournir

- La grille d'éligibilité,
- Le nombre d'heures, durée, nature des besoins, ressources, association intervenante (avec son taux horaire).

AIDES TECHNIQUES OU AU LOGEMENT

Une aide peut être accordée pour le financement de matériels techniques (aide à la communication, aide auditive, aide à la déambulation et au transport, etc.).

Conditions à remplir

- Personne handicapée,
- Ne pas être retraité,
- Aide refusée par la MDPH.

Pièces à fournir

- Une prescription médicale,
- Un devis détaillé.

LES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

LE TICKET MODÉRATEUR

Une aide peut être accordée, dans les cas d'absence de mutuelle de moins de 12 mois pour le paiement du «ticket modérateur» qui représente la part des dépenses de santé restant à charge, après remboursement de la part légale par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Conditions à remplir

- Bénéficiaire d'une mutuelle complémentaire,
- Pas de condition d'âge.

Pièces à fournir

- L'assuré doit s'engager dans une démarche de protection complémentaire avec l'appui d'un travailleur social,
- La facture de l'établissement de soins.

LA SUBVENTION AUX ASSOCIATIONS

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut accorder des subventions aux associations du Département au titre de son action sanitaire et sociale.

Pour être étudiée, la demande de subvention doit concerner une action qui entre dans l'une des thématiques que couvre l'Assurance Maladie, en lien avec ses principales missions :

- l'aide aux malades ;
- l'aide aux personnes en situation de handicap ;
- le soutien aux aidants familiaux ;
- le soutien aux acteurs locaux oeuvrant dans l'accès aux droits et le numérique.

LE BARÈME D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

[au 01/02/2023]

Composition du foyer	Plafond mensuel Commission ASS En euros
1 personne	1 507
2 personnes	2 261
3 personnes	2 714
4 personnes	3 166
5 personnes	3 769
6 personnes	4 372
7 personnes	4 975
8 personnes	5 578
9 personnes	6 181

Depuis années, l'Assurance Maladie oeuvre dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins de tous par la mise en place de la Protection Universelle Maladie (Puma), la fusion de la CMU-c et de l'ACS dans une seule et même prestation la Complémentaire santé solidaire ou la mise en place du 100 % santé.

En effet, consciente des difficultés rencontrées par certains de ses assurés en matière d'accès aux droits et d'accès aux soins, l'Assurance Maladie a construit et déployé plusieurs types de services visant à renforcer l'accompagnement des plus fragiles afin de leur permettre de recourir davantage à leurs droits et de se faire soigner.

Il s'agit de proposer aux assurés fragiles, une offre de service d'accompagnement personnalisé intégrée portant sur l'accès aux droits, l'accès aux soins et également la promotion de la prévention quels que soient le mode et le motif initial de détection.

Selon les cas, et les besoins identifiés, cette offre est également complétée depuis juin 2021 d'un volet numérique.

Le point d'entrée de cette offre d'accompagnement est la Mission Accompagnement Santé (anciennement cellule appelée Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé - PFIDASS).

Sur le département de la Seine-Maritime, les assurés ayant déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins représentent près de 23% de la population sondée.

Depuis le lancement de ce dispositif en 2018 en Seine Maritime, **8.000 assurés** ont bénéficié d'un accompagnement.

Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ses renoncements :

- l'absence de complémentaire santé ou une couverture complémentaire inadaptée ;
- des soins ou des examens trop coûteux ;
- des professionnels de santé éloignés du domicile, des difficultés à se déplacer ou à décrocher un rendez-vous rapidement ;
- une méconnaissance du système de santé ou tout simplement de ses droits ;
- une rupture dans la vie, la perte d'un proche, l'inactivité professionnelle, des revenus modestes.

En l'absence de soins, l'état de santé de l'assuré peut se dégrader et cela peut avoir des conséquences sur son entourage, au sein de sa famille ou dans son cadre professionnel.

Le renoncement concerne particulièrement les soins suivants :

- les soins dentaires ;
- l'appareillage auditif ;
- l'accès aux médecins spécialistes.

Pour aider l'assuré dans ses démarches d'accès aux soins et à la santé, les conseillers de la CPAM sont les interlocuteurs privilégiés.

L'objectif est de trouver des solutions avec l'assuré en établissant une relation de confiance.

L'accompagnement ne peut se faire que si l'assuré a donné son consentement et qu'il dépend du régime générale.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré peut en parler à son partenaire privilégié ou peut se rendre en accueil de la caisse d'assurance maladie dont il dépend.

Plusieurs partenaires sont aujourd'hui en mesure d'accompagner les assurés concernés comme par exemple, le Centre d'Examen de Santé (CES), le Pôle emploi, le Conseil Départemental, le Planning familial, les Missions Locales, et à partir de la rentrée 2021 – 2022, les principaux acteurs de l'enseignement supérieur et plus particulièrement vis-à-vis des étudiants internationaux [...]

En termes d'accompagnement, le conseiller en accompagnement aux soins et à la santé fera un bilan des droits approfondi, guidera l'assuré dans le système de soins, cherchera le cas échéant des co-financement et s'assura de la réalisation effective des soins.

Le portail dédié aux partenaires permet de saisir directement la Mission Accompagnement santé, via <https://partenaires.cpam76.fr>

Pour toute demande de complément d'information sur la Mission Accompagnement Santé, nous vous invitons à contacter le service des partenariats via l'adresse mail suivante : partenariat-cpam76@assurance-maladie.fr

EN PRATIQUE

Le conseiller accompagnement santé :



- contacte l'assuré par téléphone



- réalise avec lui un bilan des droits et de ses besoins



- l'oriente et l'accompagne pour ses démarches en lien avec sa santé



- se tient informé de sa situation et l'aide à trouver des solutions

En étant accompagné :



- l'assuré est à jour de ses droits



- l'assuré sait mieux s'orienter dans le parcours de soins



- l'assuré est plus autonome dans ses démarches

L'Assurance Maladie participe à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé issue de la loi de santé publique, en offrant à ses assurés des actions de prévention à tous les âges de leur vie. Elle développe par ailleurs des services d'accompagnement en santé.

LA PRÉVENTION

QUEL EST LE RÔLE DU SERVICE PRÉVENTION SANTÉ ?

Le service prévention est chargé de :

- l'éducation à la santé bucco-dentaire,
- des campagnes de vaccination,
- des actions de dépistage,
- l'accompagnement des femmes enceintes,
- des actions de sensibilisation à l'arrêt du tabac,
- la promotion des actions et dispositifs en faveur de la santé sexuelle,
- des actions en faveur de la santé des jeunes (16-25 ans).

Sur votre demande, il est à votre disposition pour informer les professionnels de votre structure sur ses actions de prévention, afin de renseigner et de sensibiliser les publics que vous rencontrez sur les thématiques de santé publique prises en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Seine-Maritime.

Il met en oeuvre les programmes nationaux d'accompagnement en santé.

Le service prévention accompagne également les partenaires dans l'élaboration de leurs projets en réponse aux appels à projets lancés par l'Assurance Maladie sur les thèmes : vaccination, santé sexuelle, dépistages des cancers, Moi(s) sans tabac.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE ?

LES DÉPISTAGES

- **Le dépistage organisé du cancer du sein**

Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficient de ce dispositif.

Elles reçoivent une invitation tous les 2 ans pour pratiquer une mammographie gratuitement auprès d'un médecin radiologue ayant signé une convention avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les mammographies jugées normales sont systématiquement relues par un second lecteur.

- **Le dépistage organisé du cancer de l'intestin (cancer colorectal)**

Tous les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans bénéficient de ce dispositif.

Chaque personne concernée reçoit tous les deux ans un courrier l'invitant à retirer un test de dépistage. Ce kit de dépistage peut être retiré :

- auprès de son médecin traitant à l'occasion d'une consultation ;
- auprès de son pharmacien ;
- sur le site www.monkit.depistage-colorectal.fr.

- **Le dépistage du cancer du col de l'utérus**

De 25 à 65 ans, grâce au frottis de dépistage, il est possible de repérer les anomalies du col de l'utérus à un stade précoce où il est plus facile de les soigner. Cet examen, non douloureux, est recommandé à partir de l'âge de 25 ans. Si les deux premiers frottis réalisés à un an d'intervalle sont normaux, un frottis est ensuite à faire pratiquer tous les 3 ans, jusqu'à 30 ans. Puis de 30 à 65 ans, un dépistage par test HPV est à faire pratiquer tous les 5 ans. Pour chacun de ces rendez-vous, l'Assurance Maladie envoie un courrier aux femmes concernées les invitant à prendre rendez-vous chez leur professionnel de santé pour réaliser cet examen. Pris en charge à 100% sans avance de frais sur présentation du courrier d'invitation.

LA VACCINATION

- **La vaccination antigrippale**

L'Assurance Maladie invite chaque année les populations les plus fragiles à se faire vacciner gratuitement contre la grippe saisonnière, grâce à une prise en charge soit communiquée automatiquement par courrier (postal ou via le compte ameli), soit remise par le médecin traitant, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien.

Sont concernées par cette campagne :

1. les personnes âgées de 65 ans et plus,
2. les personnes atteintes d'une Affection de Longue Durée,
3. les femmes enceintes,
4. les personnes atteintes de tous types d'asthme ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive,
5. les personnes atteintes d'obésité,
6. l'entourage familial des nourrissons à risque de grippe grave,
7. l'entourage des personnes immunodéprimées.

• La vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole

L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % les deux doses du vaccin ROR pour les enfants jusqu'à 17 ans révolus, et à 65 % pour tous les autres assurés. Le vaccin ROR est, depuis octobre 2010, gratuit pour les enfants jusqu'à 17 ans révolus. Cette mesure de gratuité du vaccin est prise par l'Assurance Maladie pour encourager la vaccination des enfants et le rattrapage de vaccination des adolescents.

Pour en savoir plus sur la vaccination ROR, consultez le site ameli-santé.fr.

• La vaccination anti papillomavirus humain (HPV)

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable par le dépistage, mais aussi par la vaccination anti-HPV, recommandée entre 11 et 14 ans, pour les filles et les garçons, avant tout rapport sexuel (et possible jusqu'à 19 ans révolus).

Afin d'en faciliter l'accès aux personnes ne disposant pas de complémentaire santé, un dispositif de prise en charge à 100% est mis en place en Seine-Maritime.

L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE

L'Assurance Maladie propose aux jeunes enfants et adolescents de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans, un examen gratuit de prévention bucco-dentaire. Celui-ci est réalisé en cabinet par un chirurgien dentiste et assorti d'une dispense d'avance des frais systématique. Les éventuels soins consécutifs sont pris en charge à 100%. Cet examen est accompagné d'une campagne de communication nationale intitulée «M'T dents».

Un examen de contrôle bucco-dentaire gratuit est proposé aux femmes enceintes, à réaliser entre le 4^{ème} mois de grossesse et le 12^{ème} jour après l'accouchement. Cet examen est à réaliser sur présentation de la prise en charge adressée par courrier postal ou via le compte ameli.

L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES

Afin d'apporter aux femmes enceintes les informations nécessaires sur leurs droits administratifs, leur suivi médical de grossesse, ainsi que des conseils de prévention et un accompagnement aux services en ligne, les CPAM de la Seine-Maritime, la CAF de la Seine-Maritime et le Conseil Départemental 76, invitent les futures mamans aux Ateliers Maternité, composés de :

- une vidéo sur Youtube, accessible à tout moment via le lien http://url.cpam76.fr/atelier_maternite_76
- un temps d'échanges en live sur invitation.

LA SENSIBILISATION À L'ARRÊT DU TABAC

Dans le cadre de Moi(s) sans tabac, un financement peut être accordé aux partenaires locaux qui présentent un projet d'actions en réponse à l'appel à projets annuel de l'Assurance Maladie (sur le Fonds de Lutte contre les Addictions). Les CPAM accompagnent les partenaires locaux dans l'élaboration de leur projet d'actions ayant pour objectifs d'informer, de sensibiliser les publics sur le tabac et de les accompagner dans leur démarche de sevrage tabagique. Le dispositif Assurance Maladie s'adresse prioritairement aux jeunes, aux femmes enceintes, aux personnes en situation de handicap, aux personnes atteintes de maladies chroniques et aux personnes en vulnérabilité sociale.

Depuis 2019, les traitements de substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance Maladie dans le cadre du droit commun.

LA SANTÉ SEXUELLE

• La première consultation santé sexuelle, contraception et prévention des IST (CCP)

Les jeunes hommes et les jeunes femmes jusqu'à 25 ans révolus peuvent bénéficier de cette première consultation, par un médecin ou une sage-femme (pour les filles uniquement), prise en charge à 100 % sans avance de frais.

• La contraception et la contraception d'urgence

Les jeunes femmes jusqu'à 25 ans révolus peuvent bénéficier d'une contraception adaptée (parmi les contraceptifs remboursables), prise en charge à 100 % sans avance de frais, sur prescription médicale. Sont également pris en charge (hors dépassement d'honoraires) et protégés par le secret, les consultations médicales et les examens de biologie nécessaires à la mise en place et au suivi de la contraception.

Le secret et l'anonymat sont assurés pour les jeunes même mineurs.

LA SANTÉ DES JEUNES (16 - 25 ANS)

L'Assurance Maladie déploie une «stratégie santé des jeunes» incluant les axes de prévention :

- Conduites addictives
- Vie affective et sexuelle
- Santé mentale
- Vaccination
- Santé bucco-dentaire
- Accompagnement à la maternité

Un examen de prévention en santé à destination des jeunes (assurés du régime général), pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, est proposé par les centres d'examen de santé.

• L'Escape Games « Sortez Amélie de là ! »

En 2019, l'Assurance Maladie a conçu un outil innovant à destination des jeunes.

L'Escape Game « Sortez Amélie de là ! » contribue à leur connaissance du système de santé en jumelant l'approche « bons réflexes » et « capital santé » sous forme ludique et proactive.

Il se compose de deux salles proposant chacune cinq énigmes :

1^{ère} salle « Système de santé et bons réflexes » :

- les canaux de contact avec sa Cnam
- l'application compte ameli
- le numéro de Sécurité sociale
- la part de remboursement
- les bons réflexes pour être autonome

2^{ème} salle « Capital santé et prévention » :

- la santé mentale
- les drogues
- le tabac
- les IST
- la contraception

Cet outil, validé par les jeunes, est déployé par les CPAM de la Seine-Maritime sur demande formulée par les partenaires.

LES SERVICES EN SANTÉ

LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Ce service, proposé par l'Assurance Maladie, permet au patient de retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale de l'établissement en bénéficiant d'une coordination des soins renforcée. L'Assurance Maladie facilite cette coordination au domicile du patient, en organisant la prise de rendez vous avec les professionnels de santé libéraux de son choix ayant à intervenir pour sa prise en charge. Ce service est libre et gratuit.

Développé dans un premier temps pour les patientes sortant de maternité, ce service a été étendu à l'insuffisance cardiaque, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), la chirurgie, l'accident ischémique transitoire (AIT) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) ainsi qu'aux personnes âgées.

LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SOPHIA

L'Assurance Maladie propose un service d'accompagnement aux personnes atteintes de maladies chroniques : le diabète et l'asthme. Le service Sophia les aide à agir pour leur santé afin de mieux vivre au quotidien et de limiter les risques de complications. Il est gratuit et sans engagement.

Sophia intervient en relais du suivi médical pour aider les patients à mettre en pratique les recommandations des professionnels de santé. Ce service propose un soutien et des conseils personnalisés adaptés à l'état de santé et aux besoins de chacun. Il repose sur des échanges par téléphone avec un infirmier-conseiller en santé et sur l'envoi régulier de documents d'informations pour approfondir ses connaissances.

Le service Sophia s'adresse :

- Sur le volet diabète : aux personnes de plus de 18 ans, ayant un médecin traitant déclaré, prises en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) et bénéficiant d'au moins 3 prescriptions par an de traitements antidiabétiques.
- Sur le volet asthme : aux personnes asthmatiques de 18 à 44 ans, ayant un médecin traitant déclaré et ayant eu recours à des traitements antiasthmatiques 2 années de suite (au moins 2 prescriptions sur l'année en cours et 1 l'année précédente).

05

LES SERVICES ET LES CONTACTS

• COMMENT S'INFORMER ?

Le site ameli.fr pour s'informer sur l'actualité, les droits et les démarches, les remboursements, la santé et la prévention.



Rendez-vous sur **ameli.fr**
l'Assurance Maladie en ligne

• SIMULATEURS



Complémentaire
santé solidaire



Indemnités journalières
maternité ou paternité

• SERVICES EN LIGNE

COMPTE AMELI

C'est l'espace personnel sécurisé pour accéder à tous les services de l'Assurance Maladie depuis un smartphone ou un ordinateur. Il permet de réaliser plus de 40 démarches en ligne...

Moyens de connexion :

- N° de sécurité sociale + code
- Avec FranceConnect

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Depuis son compte ameli :

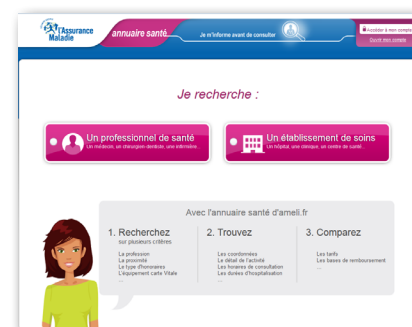
Les demandes de Complémentaire santé solidaire peuvent être effectuées depuis le compte ameli :

- via la rubrique «Mes démarches / Faire une demande de Complémentaire santé solidaire»
- via la rubrique «Mon agenda / Prendre un rendez-vous» avec en motif «Demande de Complémentaire santé solidaire»

Le renouvellement de la Complémentaire santé solidaire peut être effectué depuis le service : www.cnam-ameli.fr/RC/

ANNUAIRE SANTÉ

L'annuaire santé ameli recense l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de soins.



• NOUS RENCONTRER, NOUS CONTACTER

Liste de nos agences et bornes multi-services sur ameli.fr dans la rubrique «Adresses et Contacts / Un autre sujet / Voir la liste des points d'accueil»

Service accueil téléphonique
du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

3646

Service gratuit
+ prix appel

Une adresse unique pour toutes
correspondances :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CS76039 - 76039 Rouen Cedex 1
Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CS 80000 - 76094 Le Havre Cedex

Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la Seine-Maritime
Réalisation : Service Communication CPAM RED
04/2023



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun