

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat

27/09/2005

Référence : articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles ;
Titre IV du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance, modifié par le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat ;
Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat.

Textes abrogés : circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n° 2000-14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de la santé et des solidarités à Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Mesdames et Messieurs les présidents de conseils généraux ; Mesdames et Messieurs les maires ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé.

L'aide médicale de l'Etat (AME) a été instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. En bénéficient, sous condition de ressources, les étrangers qui, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France, ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale.

Les frais couverts par l'AME sont définis par référence aux prestations de l'assurance maladie et dans la limite des tarifs de responsabilité de cette dernière. Ces prestations sont délivrées en ville ou dans les établissements de santé. Leurs bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais.

Ce financement par l'Etat des soins dont cette catégorie de population peut avoir besoin répond à un double objectif :
- dans un souci humanitaire, ne pas laisser des personnes résidant sur le territoire français sans accès aux soins de santé que requiert leur état et favoriser une prévention médicale efficace ;
- dans l'intérêt de la santé publique, éviter que des affections chroniques ne s'aggravent faute d'être soignées convenablement ou que des affections contagieuses ou transmissibles ne se propagent faute d'être dépistées et prises en charge précocement.

Après les réformes de la loi n° 2002-1576 de finances rectificative pour 2002 et de la loi n° 2003-1312 de finances rectificative pour 2003, le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat et le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ont pour objet de :
- doter la prestation de dispositions réglementaires conformes à la loi de 1999 modifiée ;
- opérer des rapprochements avec la réglementation de la CMU, lorsqu'elle est compatible avec la situation particulière des personnes auxquelles l'AME s'adresse.

Il s'agit d'assurer l'accès aux droits et l'égalité de traitement sur le territoire en même temps qu'une gestion améliorée et modernisée de la prestation.

La présente circulaire, qui remplace la circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n° 2000-14 du 10 janvier 2000, apporte des précisions concernant certaines dispositions de ces décrets.

Les modalités de financement des soins délivrés à la population concernée sont donc, selon les situations, celles décrites par la présente circulaire et par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME. Cette dernière circulaire a explicité les modalités de mise en oeuvre du dispositif des soins urgents et vitaux, tout en posant des garanties quant au champ des bénéficiaires et des soins couverts (notamment : prise en charge systématique des mineurs et des femmes enceintes et des pathologies infectieuses transmissibles).

Vous voudrez bien la porter à la connaissance des organismes acteurs de ce dispositif : caisses primaires d'assurance maladie, établissements de santé, professionnels de santé, centres communaux et intercommunaux d'action sociale, services sanitaires et sociaux du département, associations concernées.

1. La demande d'AME

1.1. Le dépôt des demandes et l'élection de domicile des personnes sans domicile fixe

Les demandes d'AME peuvent être déposées auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des centres

communaux et intercommunaux d'action sociale, des services sanitaires et sociaux des départements et des associations agréées. Le préfet de département veillera à l'effectivité de cette règle posée par l'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces organismes apportent aux personnes l'information et l'aide nécessaires pour effectuer une demande d'AME et les aident dans la constitution matérielle du dossier. Ils transmettent, dans un délai de huit jours, les demandes aux CPAM pour instruction et décision d'admission (article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles).

Dans le cas particulier où le demandeur est sans domicile fixe, il obtiendra une domiciliation postale auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou d'une association agréée (article L. 252-2).

Par décision préfectorale, les associations de lutte contre l'exclusion et pour l'accès aux soins peuvent être agréées comme lieux de dépôt des demandes d'AME et/ou lieux d'élection de domicile des demandeurs sans domicile fixe. Le [décret n° 2005-859](#) a actualisé les dispositions devenues inadaptées du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 sans modifier les règles régissant ces deux types d'agrément. Ces nouvelles dispositions ne s'appliqueront qu'aux nouveaux agréments délivrés, les agréments en vigueur demeurant valides jusqu'à leur terme (article 2).

L'agrément d'une association comme lieu de dépôt d'une demande d'AME fixe notamment son ressort territorial. Les personnes demeurant dans ce ressort territorial peuvent de la sorte déposer une demande auprès de cette association. Pour la fixation de ce ressort territorial, il est souhaitable de veiller à une bonne couverture du territoire et de prendre en compte le périmètre des interventions de l'association auprès de la population concernée.

1.2. La demande

La demande d'aide médicale est, en règle générale, établie, complétée et signée par le demandeur lui-même. L'article 43-2 nouveau ([décret n° 2005-859](#)) précise les personnes qui sont habilitées à effectuer la demande à la place du demandeur lorsque celui-ci n'est pas en état de le faire en raison d'une diminution momentanée de ses facultés physiques ou mentales.

Compte tenu des changements normatifs intervenus depuis 1999, un arrêté instaurant un nouveau formulaire de demande d'aide médicale sera publié prochainement. Le formulaire reproduira les dispositions de l'article 4 du [décret n° 2005-860](#) concernant les documents à fournir pour la vérification de la résidence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français du demandeur ainsi que de l'identité et des ressources du demandeur et des personnes à sa charge.

La date du dépôt de la demande est celle à laquelle l'organisme mentionné au 1.1. la réceptionne, au guichet ou par voie postale. Cette date est attestée, selon le mode de dépôt, soit par le tampon dateur apposé par cet organisme sur le formulaire dont une copie est remise au demandeur, soit par un accusé de réception postal. Elle est importante car c'est à cette date que, rétroactivement, la décision d'admission à l'AME prendra effet.

Aucune décision d'admission à l'AME ne pouvant être prise par la CPAM tant que cette dernière n'a pu vérifier que l'ensemble des conditions posées par la réglementation sont remplies, il est de l'intérêt des demandeurs de produire dans les meilleurs délais les renseignements et documents complémentaires qui pourront leur être réclamés.

Les difficultés particulières que peuvent rencontrer les demandeurs de l'aide médicale de l'État pour réunir les documents nécessaires doivent conduire les services compétents à toujours privilégier le soutien du demandeur dans sa démarche et l'explication de la nature des documents nécessaires.

1.3. Les délais d'instruction

Les décisions prises sur les demandes d'aide médicale suivent le droit applicable aux décisions administratives, tel qu'il est défini en particulier à l'article 21 de la [loi n° 2000-321 du 12 avril 2000](#) relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration. Ainsi, une décision implicite de refus d'admission intervient lorsque la CPAM n'a pas pris de décision explicite dans un délai de deux mois à compter de la demande. Le demandeur a dès lors le droit d'effectuer un recours administratif ou contentieux.

Aucune décision explicite d'admission ne pouvant intervenir tant que le dossier n'est pas complet, la CPAM veillera à remettre ou envoyer sans délai au demandeur un document précisant les renseignements et pièces justificatives nécessaires manquants.

Une fois le dossier de demande complet, il est demandé à la caisse compétente de prendre une décision le plus rapidement possible, dans un délai qui, en tout état de cause, ne devra pas dépasser un mois.

1.4. Cas particuliers

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasdssdhos-n-2005-407-du-27-septembre-2005-relative-a-laide-medicale-d-e-letat/>

Il convient de hâter l'instruction des demandes d'AME émanant de personnes qui, sans nécessiter immédiatement une hospitalisation, présentent une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapide sous peine d'aggravation. Dans ce cas, le médecin de ville ou hospitalier qui, lors d'une consultation, constate la pathologie établit un certificat médical, joint à la demande, pour solliciter de la CPAM une instruction prioritaire du dossier. La CPAM procède immédiatement à une vérification de ce dossier, de manière à réclamer sans délai les éventuels renseignements et documents manquants. Une fois le dossier complet, elle prend aussitôt une décision.

Lorsqu'un établissement de santé délivre des soins urgents et vitaux au sens de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles à une personne ne pouvant les payer, il doit, avant de les imputer sur le dispositif prévu à cet article, veiller à ce que soient recherchés les droits de cette personne à une couverture santé ([circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005](#) relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME). De manière à permettre que les soins dispensés soient couverts par l'AME, il est nécessaire que l'établissement transmette une demande d'AME dans un délai d'un mois. La CPAM l'instruit en priorité.

1.5. La conciliation des règles d'accès à l'AME et de l'obligation de soins s'imposant aux établissements de santé assurant le service public hospitalier

Ces établissements sont soumis à des obligations d'accueil et de soins particulières, fixées par l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, qui garantissent l'égal accès de tous aux soins et permettent, notamment, aux patients de recevoir les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état. Ces dispositions légales conduisent donc ces établissements à recevoir des patients en attente de soins alors qu'ils ne sont pas en situation de justifier de leur prise en charge financière par un système de protection sociale ou un contrat d'assurance privée ou d'assurer eux-mêmes le paiement des frais afférents aux soins demandés.

Lorsque l'état du patient le nécessite, l'établissement est tenu de lui apporter immédiatement les soins nécessaires, même si l'intéressé n'a pas été en mesure de produire les documents justifiant de sa prise en charge ou permettant de constituer une demande d'AME ou de verser la provision prévue à l'article R. 6145-5 du code de la santé publique.

Lorsque l'état du patient le permet, les soins peuvent être programmés à une date ultérieure jusqu'à la vérification des modalités de prise en charge financière de ceux-ci.

Dans tous les cas, il appartient aux établissements de faire auprès du patient toutes démarches permettant de vérifier l'existence de droits à l'assurance maladie, à la couverture maladie universelle, à l'aide médicale de l'Etat ou d'un contrat d'assurance privée pour s'assurer de la prise en charge de la dépense et du remboursement à l'établissement des frais exposés. Lorsque le patient n'est pas en mesure de présenter une telle attestation, l'établissement l'invite à déposer une demande d'admission à l'AME au plus vite. Le cas échéant, le dossier pourra être transmis à la CPAM par télécopie. Il convient de rappeler que la CPAM ne pourra prendre en charge les soins, au titre de l'AME, que s'ils sont antérieurs de moins d'un mois à la demande (cf. 3.1.).

Ces démarches doivent être entreprises auprès du patient ou de la personne l'accompagnant, soit à l'admission dans l'établissement, soit, lorsque l'état du patient exige des soins immédiats, avant sa sortie. Dans le cas où les établissements, et notamment les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), aident à la constitution des dossiers de protection sociale, leur attention est appelée sur la nécessité d'orienter les patients vers le dispositif répondant précisément à leur situation : soins urgents, aide médicale de l'Etat ou CMU. Il est impératif pour la bonne gestion de ces dispositifs et le respect des droits des personnes concernées d'observer strictement les règles d'admission dans chacun des dispositifs.

Si, dans le cadre des soins programmés, le patient n'a pas été en mesure de justifier de sa prise en charge par l'un des dispositifs de protection sociale, l'établissement est en droit de mettre en oeuvre les dispositions de l'article R. 6145-5 du code de la santé publique. Il est rappelé que la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement de versement reste acquise à l'établissement, quand bien même le patient justifierait ultérieurement d'une admission à un régime de protection sociale, en application de l'article L. 253-2 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, les établissements publics de santé veilleront à assurer une bonne information sur leurs moyens de recouvrement de leurs créances sur les patients et leurs obligés alimentaires en cas de non-admission à l'AME, en application de l'article L. 6145-11 du code de la santé publique.

1.6. La demande de renouvellement du droit à l'AME

Il importe de veiller à informer les bénéficiaires de l'AME qui n'auraient pas quitté le territoire français de la nécessité de déposer une demande de renouvellement de leur admission. De manière à ce que la CPAM puisse prendre une décision avant l'expiration du droit, les intéressés ont intérêt à déposer leur demande deux mois avant la date d'interruption de la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasdssdhos-n-2005-407-du-27-septembre-2005-relative-a-laide-medicale-de-letat/>

couverture santé.

2. Les conditions d'admission

Les conditions d'admission à l'AME sont posées par l'article L. 251-1, 1er alinéa du code de l'action sociale et des familles. Conformément aux principes posés par l'article 44 du [décret n° 2005-859](#), l'article 4 du [décret n° 2005-860](#) définit les documents qui peuvent être exigés pour la vérification de ces conditions.

Les listes de documents justificatifs de l'identité et de la résidence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français, fixées par le 1° et le 2° de l'article 4 du [décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005](#), mentionnent plusieurs documents utilisables. La production d'un seul des documents de chacune des listes est suffisante pour justifier respectivement de l'identité et de la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois.

2.1. Les personnes à charge

Le droit à l'AME est ouvert pour le demandeur et les personnes à sa charge qui résident en France. Cette notion de « personnes à charge » est équivalente à celle d'ayant droit au sens de la sécurité sociale. Elle inclut aussi les enfants de plus de seize ans vivant avec le demandeur placés dans une situation équivalente à ceux qui disposent d'un maintien du droit à l'assurance maladie en application du premier alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale.

2.2. La justification de l'identité

Le [décret n° 2005-860](#) dispose que le demandeur et chacune des personnes à sa charge doivent justifier de leur identité.

Lorsqu'ils souhaitent le faire au moyen d'un extrait d'acte de naissance (c du 1°) ou d'un livret de famille (d du 1°), la production d'une traduction n'est pas nécessaire lorsqu'il est possible de s'assurer directement, à partir du document rédigé dans la langue étrangère, des noms, prénoms, dates et lieux de naissance prévus par le formulaire de demande.

A défaut pour le demandeur d'être en mesure de justifier de son identité et de celle des personnes à sa charge par l'un des documents énumérés aux a à e du 1° de l'article 4, il conviendra pour la CPAM, conformément au f dudit article, de rechercher si tout autre document produit par la personne peut être considéré comme de nature à attester ces identités.

Pourra à cette fin être utilisé, par exemple, un document nominatif des ministères des affaires étrangères, de l'intérieur ou de la justice, un permis de conduire ou une carte d'étudiant.

Dans le cas où un demandeur qui prouve sa bonne foi par la cohérence de ses déclarations n'est en mesure de produire aucun de ces documents, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM.

2.3. La justification de la résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois

Conformément à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article 4 du [décret n° 2005-860](#), cette condition doit être remplie par le demandeur. La résidence en France ne doit pas être confondue avec le domicile et, pour les personnes sans domicile fixe, avec leur domiciliation.

La condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois est identique à celle résultant, pour le droit à la couverture maladie universelle, de l'article R. 380-1 du code de la sécurité sociale. Le point de départ du délai de trois mois est l'entrée sur le territoire français (métropole, département ou territoire d'outre-mer). Lorsque le demandeur n'est pas en mesure d'établir la date à laquelle il est arrivé en France au moyen de l'un des documents énumérés aux a à f du 2° de l'article 4, il a le droit de le faire par la production de tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie, en application du g dudit article.

Sont ainsi susceptibles d'être notamment utilisés les documents nominatifs suivants, émanant d'une administration ou d'un organisme sanitaire ou social : un document des ministères des affaires étrangères, de l'intérieur ou de la justice, une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement, un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de sécurité sociale ou une ASSEDIC, un bulletin d'hospitalisation, un titre de recettes ou une facture d'un établissement de santé, une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue se portant garant de la fréquentation du demandeur. En revanche, les déclarations sur l'honneur des demandeurs ou de tiers n'agissant pas dans l'un des cadres professionnels précités ne sont pas de nature à satisfaire les exigences posées par le décret.

Une personne qui prouve sa résidence en France par un document datant de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition. En conséquence, il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence en France.

2.4. La justification des ressources

L'AME est une prestation accordée sous condition de ressources. L'ensemble des règles relatives aux ressources prises ou non en compte, ainsi qu'au plafond applicable sont les mêmes que ceux en vigueur pour la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). L'article 40 ([décret n° 2005-859](#)) comporte les dispositions réglementaires d'application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, lequel renvoie à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

Le plafond applicable au demandeur de l'aide médicale est déterminé en fonction du nombre de personnes à charge, selon les règles fixées par les articles R. 861-2 et R. 861-3 du code de la sécurité sociale pour la CMUC.

Sont prises en compte, pour la détermination du niveau de ressources, l'ensemble des ressources monétaires de toute nature du demandeur et des personnes à sa charge. La perception d'un salaire, d'une pension de retraite, les bénéfices d'un commerce avant l'entrée en France doivent être indiqués pour le montant qu'ils représentent en euros.

La demande d'aide médicale de la personne à qui est refusée, en raison de l'irrégularité de son séjour en France, la qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité assuré social, est examinée de manière autonome, en prenant en compte les seules ressources du demandeur.

Le bénéfice d'un logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature pris en compte. Il fait l'objet d'une évaluation forfaitaire (article 40 cinquième alinéa du [décret n° 2005-859](#)), pour un montant identique à son évaluation pour le RMI (soit 12 % du montant de l'allocation de RMI garanti à une personne seule. Au 1er janvier 2005, pour une personne seule : 51,05 Euro/mois, soit 612,60 Euro/an). La définition du bénéfice d'un logement à titre gratuit est la même que pour la CMUC.

Les ressources prises en compte pour la détermination du plafond - qui est annuel (au 1er juillet 2005, pour une personne seule : 7 045,97 Euro/an) - sont celles perçues, en France ou à l'étranger, au cours de la période des douze mois civils précédant le dépôt de la demande.

Le 3° de l'article 4 du [décret n° 2005-860](#) n'instaure pas une liste de pièces justificatives ou de documents probants. Il requiert la production d'un « document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée ». Le nouveau formulaire d'admission comportera des rubriques à cet effet.

Le troisième alinéa de l'article 44 ([décret n° 2005-859](#)) oblige le demandeur à mentionner les changements de sa situation. En cas d'évolution intervenue au cours de l'année de référence (par exemple : résidence en France depuis moins d'un an ; non-renouvellement d'un titre de séjour), une attention privilégiée sera accordée aux ressources perçues au cours des trois derniers mois.

Lorsque le demandeur indique qu'il ne peut pas faire état des ressources dont il dispose, des précisions sur les charges de vie qu'il assume (par exemple : loyer immobilier, charges de famille dans le pays d'origine) peuvent éclairer ses moyens d'existence. Le service qui l'aide à constituer le dossier de demande lui propose, au vu des indications fournies, une estimation chiffrée du montant des ressources.

Le versement d'une provision pour frais dans un établissement de santé doit donner lieu à une vérification par la CPAM de sa cohérence avec les déclarations du demandeur sur ses moyens d'existence. C'est à cette fin que l'article 44-3 du [décret n° 2005-859](#) prévoit que l'établissement auprès duquel une provision est constituée en informe immédiatement la CPAM.

2.5. La justification des conditions d'admission en cas de demande de renouvellement du droit

Sauf lorsque le demandeur fait état de nouvelles personnes à charge, les bénéficiaires d'un renouvellement du droit sont déjà connus de la CPAM. Il n'y a donc pas lieu de les amener à justifier une nouvelle fois de leur identité. La demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer, au sens du g du 2° de l'article 4 du [décret n° 2005-860](#), que la condition de résidence ininterrompue pendant trois mois est remplie. La condition de ressources est vérifiée dans les mêmes conditions que pour la première admission à l'AME.

3. L'ouverture du droit à l'AME

L'AME étant une prestation d'Etat dont la compétence a été déléguée à l'assurance maladie, c'est au directeur de la CPAM, ou aux personnes auxquelles il délègue sa signature, de statuer sur la demande. La décision est fondée sur le droit applicable et les éléments de fait existant à la date à laquelle elle est prise.

L'admission à l'AME est accordée pour une période d'un an. Dans ce délai, la décision d'admission sera retirée rétroactivement s'il apparaissait qu'elle a été obtenue par fraude.

L'admission à l'AME se fait sans préjudice du maintien des droits éventuels de son bénéficiaire aux prestations d'assurance maladie en application des articles L. 161-8 et R. 161-3 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, l'AME n'est amenée à prendre en charge que les frais non couverts par l'assurance maladie.

Si un bénéficiaire de l'AME vient, en cours d'année, à remplir les conditions d'affiliation à un régime de sécurité sociale, la décision d'admission sera abrogée par suite de ladite affiliation.

3.1. La date de début du droit à l'AME

Dans l'intérêt des personnes, l'ouverture du droit à l'AME est toujours rétroactive.

Le cas général est que la décision d'admission à l'aide médicale de l'Etat prend effet à la date du dépôt de la demande (1er alinéa de l'article 44-1 du [décret n° 2005-859](#)) au sens du 1.2. ci-dessus. Dans le cas particulier où la demande a été déposée moins de trois mois après l'entrée en France, la décision prend effet le premier jour du quatrième mois.

Par ailleurs, lorsque des soins ont été délivrés antérieurement à la demande d'AME, la CPAM peut décider d'ouvrir rétroactivement le droit à l'AME à la date des soins, à condition que la demande d'AME ait été déposée dans un délai d'un mois à compter de la délivrance des soins (2e alinéa de l'article 44-1). Dès lors que cette condition est respectée, la CPAM veillera à ouvrir le bénéfice de l'AME à compter de la date des soins.

3.2. Le titre d'admission et les modalités de sa remise au bénéficiaire

Afin de permettre aux patients autant qu'aux professionnels de santé de disposer d'un document justifiant de façon incontestable de la couverture santé, le décret n° 2005-860 crée un titre d'admission comportant une photographie. Un modèle de titre d'admission sera arrêté prochainement.

Dès que la CPAM constate que les conditions d'admission sont remplies, le demandeur est invité à retirer le titre d'admission ou, s'il y a des personnes à charge, les titres d'admission. Le principe est que les titres d'admission sont remis en mains propres au demandeur par la CPAM. En cas d'impossibilité du demandeur de se déplacer compte tenu de son état de santé - hospitalisation -, ces documents lui sont transmis par la voie postale.

3.3. Le libre choix de l'établissement de santé

L'AME ouvre droit à prise en charge en ville et dans les établissements de santé. Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir ses bénéficiaires.

Le bénéficiaire de l'AME a le libre choix de l'établissement de santé dans les mêmes conditions que les assurés sociaux (article 41 du [décret n° 2005-859](#)). L'AME assure, dans la limite des tarifs de responsabilité de sécurité sociale, la prise en charge des prestations délivrées par tout établissement de santé autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux, dès lors que ces prestations sont également remboursées à ces derniers.

3.4. La procédure à respecter en cas de rejet de la demande

Lorsque la CPAM constate que la demande ne remplit pas les conditions posées par la réglementation, la décision de refus d'ouverture du droit à l'AME est motivée, conformément aux dispositions de la [loi n° 79-587 du 11 juillet 1979](#) relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public. Cette motivation comporte l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision (article 3 de ladite loi).

La notification de la décision fait mention du droit des intéressés de contester sa légalité et de demander sa révision en adressant, dans un délai de deux mois, une requête devant la commission départementale d'aide sociale. En tant qu'administrations chargées du greffe de ces juridictions, les DDASS doivent s'assurer que les intéressés bénéficient de toute l'information nécessaire à cet égard.

Un suivi statistique rigoureux contribuera à la qualité du dispositif. La CNAMTS communiquera chaque trimestre au ministère, outre les dépenses ventilées par année de soins, le nombre des demandes d'aide médicale déposées et de décisions d'admission et de rejet prononcées, ainsi que la distribution des délais d'instruction. Ces informations de base seront complétées prochainement par arrêté.

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Jean-Louis Borloo

Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand