

Circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n° 2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat

10/01/2000

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

Date d'application : 1er janvier 2000.

Texte de référence :

Titre III (Réforme de l'aide médicale) de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Texte abrogé :

Circulaire DIRMI/DAS/DSS n° 93-07 du 9 mars 1993 relative à l'aide médicale.

Textes modifiés :

Circulaire DAS n° 95-16 du 8 mai 1995 relative aux droits à l'aide sociale des étrangers résidant en France ;
Circulaire DAS/DSS/SDF n° 97/319 du 29 avril 1997 relative à la gestion par les organismes d'assurance maladie des prises en charge d'interruptions volontaires de grossesse au titre de l'aide médicale de l'Etat.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse du sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation, Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé participant au service public hospitalier ; Monsieur le directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités d'application du Titre III de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, qui prévoit une réforme de l'aide médicale. Une seconde circulaire viendra prochainement compléter ces instructions.

Seront successivement examinés :

- l'objet et le contenu de la nouvelle prestation d'aide médicale de l'Etat ;
- les conditions d'accès à ce droit ;
- la procédure d'attribution de cette prestation ;
- le cas particulier de l'interruption volontaire de grossesse.

Le formulaire provisoire de demande d'Aide Médicale de l'Etat est joint en annexe.

*
*
**
*
*

1. La prestation d'aide médicale de l'Etat (AME)

1.1. L'objet de l'AME et les personnes pouvant y prétendre

*
*
*

L'AME est destinée à permettre, sous condition de ressources, l'accès aux soins de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficiaire de la couverture maladie universelle de base ou de la protection complémentaire en matière de santé.

Elle concerne :

- des étrangers résidant en France (métropole ou DOM) de façon habituelle, c'est-à-dire " qui se trouvent en France et y demeurent dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité " (avis du Conseil d'Etat cité à l'article 212 de la présente circulaire), mais ne remplissant pas la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale (CSS) ; la résidence habituelle en France se prouve par tous moyens, et à défaut par déclaration sur l'honneur ;

- des étrangers résidant en France (métropole ou DOM) en situation régulière, mais ne remplissant pas encore la condition de stabilité de résidence définie par l'article R. 380-1 du CSS (au moins trois mois), à l'exception de ceux à qui le délai de résidence n'est pas opposable, notamment les demandeurs d'asile ;

- sous conditions particulières d'admission, des personnes ne résidant habituellement pas en métropole ou dans les DOM, mais admises individuellement par décision ministérielle (2^e alinéa de l'article 187-1 du CFAS), à titre humanitaire (par exemple des Français expatriés ou résidant dans un TOM accueillis pour soins, des étrangers non résidents, etc). Cette catégorie est citée pour mémoire et ne fait pas l'objet de la présente instruction ;

- les personnes à charge du bénéficiaire de l'AME, telle qu'elles sont mentionnées au 1^{er} alinéa de l'article 187-1 du CFAS, sont définies par référence aux articles L. 61-14 et L. 313-3 du CSS.

Ce sont principalement :

- le conjoint, le concubin ou le partenaire avec lequel le demandeur a conclu un PACS ;

- ses enfants à sa charge sans activité ;

- un ascendant, un descendant, un oncle, une tante, un cousin, un neveu, une nièce, ou un cohabitant, à condition que cette personne vive sous son toit et soit à la charge totale et permanente du demandeur ;

- les personnes à charge doivent, au même titre que le demandeur de l'AME, remplir la condition de résidence en France prévue au premier alinéa de l'article 187-1 précité. Les membres de la famille résidant à l'étranger et en visite en France chez le demandeur de l'AME n'ont pas droit à cette prestation, même s'ils sont, pendant leur séjour en France, à la charge de ce dernier.

*
*
*

1.2. Le contenu de la prestation d'AME

*
*
*

L'AME donne accès aux prestations que l'article 187-2 nouveau du CFAS détermine en se référant directement aux prestations que comporte l'assurance maladie, telles qu'elles sont énumérées par les articles L. 321-1 et L. 331-2 du CSS.

Cependant, l'article 186-3° (modifié par le 5° de l'article 33 de la [loi du 27 juillet 1999](#)) prévoit un double palier d'accès aux prestations ainsi déterminées : selon que l'étranger justifie ou non d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine et dans les DOM depuis au moins trois ans, il peut respectivement prétendre soit à l'ensemble de ces prestations, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital, soit seulement dans un établissement de santé, y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées à cette occasion par un médecin hospitalier (pharmacie, appareils, analyses, examens), même s'il doit se les procurer en ville.

La prise en charge d'AME s'effectue en toute hypothèse dans la limite des tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie, avec dispense d'avance des frais.

*
*
*

1.2.1. L'AME dans un établissement de santé

Elle obéit uniquement à la condition de résidence habituelle en France. Aucune règle de durée préalable de résidence en France n'est, en effet, imposée, ni par l'article 187-1, ni par l'article 186-3° (alinéa a) pour l'accès de l'étranger à l'AME " pour les soins dispensés par un établissement de santé ou pour les prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ".

Le bénéficiaire de l'AME a le libre choix de l'établissement de santé dans lequel il est admis à condition qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé participant au service public hospitalier. A défaut, il peut s'adresser à un établissement privé dans les conditions de l'assurance maladie, c'est-à-dire dans les limites des tarifs pratiqués par les établissements de santé proche du lieu de résidence du bénéficiaire ou du lieu où il a élu domicile.

*
**
*
*

1.2.2. L'AME pour les soins en ville

*
*
*

En revanche, l'article 186-3° (alinéa b) du CFAS modifié impose pour les soins en ville une condition supplémentaire de résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans.

*
*
*

2. Les conditions d'accès à l'AME

2.1. La condition de résidence en France

2.1.1. Analyse des différentes situations de l'étranger majeur en France

*
*
*

Pour préciser le champ d'intervention de l'AME par rapport à la règle de la résidence en France, le tableau ci-après distingue les principaux cas qui peuvent se présenter.

SITUATION	Couverture maladie	Observations
1. Etranger de passage (visa court séjour, visite dans la famille installée en métropole ou dans les DOM) conservant sa résidence à l'étranger.	* Couverture ou assurance du pays d'origine.	* Possibilité d'AME, totale ou partielle, sur décision ministérielle (art. 187-1-2° alinéa du CFAS).
2. Etranger en situation régulière au regard de la législation sur le séjour, résidant en métropole ou dans les DOM de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.	* * CMU	* * Art. L. 380-1 et R. 380-1 du CSS

3. Etranger en situation régulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis trois mois ou moins (à l'exception des personnes mentionnées à l'article R.380-1 du CSS, à qui n'est pas opposable le délai de trois mois de résidence).	* * * AME à titre transitoire	* Pour les soins dispensés par un hôpital, y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier. *
4. Etranger en situation irrégulière, résidant en métropole ou dans les DOM depuis moins de trois ans.	* AME	*Pour les soins dispensés par un hôpital, y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier.
5. Etranger en situation irrégulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis au moins trois ans.	* AME	* Pour les soins à l'hôpital et pour les soins de ville *

Pour les situations n° 3 et 4 du tableau ci-dessus, aucune règle de durée minimale de résidence préalable ne pouvant être imposée aux étrangers résidant habituellement en France métropolitaine ou dans les DOM, une appréciation des situations particulières est nécessaire, notamment lorsque l'étranger a seulement un ou quelques mois de résidence en France, afin de vérifier s'il est effectivement un étranger résident, et non pas un étranger de passage.

*
*

2.1.2. Comment décider si la condition de résidence en France est remplie

*
*

Pour déterminer si l'intéressé remplit la condition de résidence en France ouvrant droit à l'AME, il convient de se reporter aux critères de fait que le Conseil d'Etat a dégagés dans un avis du 8 janvier 1981 ainsi rédigé :

“ La condition de résidence doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée, dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. Si l'article 186 du même code (CFAS) réserve le bénéfice de certaines formes d'aide sociale, parmi lesquelles l'aide médicale à domicile, aux étrangers justifiant une certaine durée de résidence ininterrompue en France, aucune règle de durée particulière de résidence ne peut être imposée aux étrangers pour la prise en charge des frais de séjour dans les établissements hospitaliers. ”

L'appréciation du critère de résidence doit donc se faire au cas par cas, lors de l'instruction du dossier avec le demandeur. La situation des personnes en situation irrégulière ne rend pas toujours facile cette instruction. L'objectif sanitaire et social est de ne pas freiner l'accès aux soins de personnes particulièrement précaires, tout en évitant la prise en charge des personnes de passage. Pour ces dernières, elles seront dans tous les cas prises en charge s'il y a urgence médicale. Une demande d'aide médicale au titre du second alinéa de l'article 187-1 du CFAS peut être formulée en vue d'une admission individuelle sur décision du ministre.

*
*

2.2. La condition de ressources

*
*

La condition de ressources constitue, après la condition de résidence en France, la seconde condition d'accès à l'AME prévue par le 1er alinéa de l'article 187-1 du CFAS. Seront examinés successivement, ci-après, les modalités de justification des ressources et le plafond applicable.

*
*

2.2.1. La justification des ressources

*

*
Les ressources prises en compte pour l'admission à l'AME sont constituées par l'ensemble des ressources de toute nature que le demandeur et ses ayants droit habitant avec lui en métropole ou dans les DOM, ont à leur disposition.

La définition des ressources prises en compte pour l'accès à la protection complémentaire de la CMU n'est pas applicable directement à l'AME. La situation des étrangers qui ne remplissent pas les conditions de régularité de séjour fixées par les articles L. 115-6 et L. 380-1 du CSS est précaire : ils n'ont droit ni au travail, ni au bénéfice des prestations sociales (aides au logement, allocation de chômage, allocations familiales,). Les ressources des étrangers demandant l'AME présentent souvent un caractère d'instabilité et de précarité qui rend leur justification malaisée par les intéressés (travail au noir, aide communautaire ou familiale).

Ces difficultés spécifiques ne doivent pas constituer un obstacle pour l'accès des personnes concernées aux droits à l'AME que leur reconnaît la loi. En revanche, la décision leur reconnaissant ces droits doit être fondée sur la constatation de l'insuffisance des ressources par rapport au montant du plafond applicable.

En conséquence, les organismes chargés de recevoir les demandes doivent veiller à obtenir pour toute demande des éléments permettant d'évaluer la moyenne mensuelle des ressources perçues pendant les douze derniers mois précédant le mois du dépôt de la demande, en dépit du caractère souvent fluctuant et sporadique des revenus de l'intéressé.

Le demandeur justifie ses ressources par tout moyen. Au besoin, s'il ne dispose d'aucun document pouvant les attester, il lui est nécessairement demandé par le service constituant le dossier d'établir une déclaration sur l'honneur précisant le montant de ses revenus au cours des douze derniers mois ou depuis son installation en France s'il est là depuis moins de douze mois (cf. partie IV du formulaire de demande d'AME figurant en annexe). Cette déclaration sur l'honneur est obligatoire en l'absence d'autre document relatif aux ressources du demandeur. Son absence au dossier entraîne nécessairement le rejet de la demande.

*
*
2.2.2. Le plafond de ressources
*
*
En application du premier alinéa de l'article 187-1 du CFAS, le plafond des ressources applicable pour l'octroi de l'AME est le même que le plafond mentionné à l'article L. 861-1 du CSS pour l'octroi de la protection complémentaire en matière de santé.

L'admission à l'AME n'est pas soumise à l'obligation préalable pour les débiteurs d'aliments du demandeur d'indiquer l'aide qu'ils peuvent allouer à l'intéressé. Mais le demandeur doit désigner les personnes susceptibles de lui fournir une aide.

*
*
3. La procédure d'attribution de l'AME
3.1. La demande

3.1.1. Le dossier de demande
*
*

Vous trouverez ci-joint en annexe le modèle de dossier de demande d'AME. Ce dossier sera mis par les CPAM à disposition du public dans les organismes assurant l'accueil des demandeurs (voir ci-après au n° 312) ainsi que dans les établissements de santé.

Le dossier de demande se compose de cinq parties :

- l'identité, la nationalité et l'adresse du demandeur ;

- l'identité de ses ayants droit résidant habituellement avec lui en France, ainsi que le lien de parenté qu'il a avec ces personnes ;

- l'examen de la condition de résidence en France ;
- l'examen de la condition de ressources ;
- l'identité et l'adresse en France de débiteurs d'aliments éventuels.

Ce dossier rappelle, par ailleurs, aux demandeurs :

- que les ressources de leurs éventuels obligés alimentaires ne sont pas prises en compte pour l'octroi de l'AME, contrairement à ce qui est le cas en aide sociale traditionnelle ;
- que, cependant, les dépenses engagées par l'Etat pour leurs soins peuvent faire l'objet d'un recouvrement sur les personnes tenues à l'obligation alimentaire, en application de l'article 189 nouveau du CFAS ;
- qu'ils peuvent former un recours contre les décisions de rejet de leur demande devant la commission départementale d'aide sociale et, en appel, devant la commission centrale d'aide sociale ;
- que leur demande peut faire l'objet de contrôle, et de poursuites en cas de fausses déclarations.

Conformément à l'article 187-4 nouveau du CFAS, les personnes sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé. La déclaration d'élection de domicile doit être jointe au dossier de demande sous peine de priver l'intéressé du bénéfice de l'AME.

*
*
*
*

3.1.2. Le dépôt de la demande

*
*

Les demandes sont reçues par les organismes mentionnés à l'article 187-3 nouveau du CFAS :

- les services des caisses primaires d'assurance maladie ;
- les mairies et les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
- les organismes associatifs agréés pour les recevoir ;
- éventuellement, les services sanitaires et sociaux du département de résidence.

*
*
**

3.1.2.1. L'agrément des associations ou organismes à but non lucratif

*
**

*

L'AME étant à la charge de l'Etat, l'agrément des associations ou organismes à but non lucratif pour recevoir les demandes relève du préfet. Peuvent être agréés à cette fin les organismes et associations ayant vocation à mener des actions d'assistance aux personnes concernées par l'AME, à condition qu'ils offrent des garanties suffisantes pour cette tâche, de

par le nombre, la qualité et l'expérience de leur personnel salarié ou bénévole.

L'agrément est accordé pour une durée de trois ans renouvelable. A l'expiration de cette période, l'organisme dresse, en vue du renouvellement, un bilan de son activité pour le compte de l'AME, comportant notamment le nombre de dossiers constitués et le nombre de demandes ayant abouti à une décision d'admission.

En cas de manquements répétés ou d'un manquement grave de l'organisme agréé à ses obligations, le préfet du département lui demande de présenter ses observations sur la faute commise, avant de prononcer, le cas échéant, le retrait d'agrément.

*
*

3.1.2.2. Les demandes formulées dans les établissements de santé

*
*

Les établissements de santé ne figurent pas au nombre des organismes assurant de plein droit le dépôt des demandes d'AME, qui sont, en application des 1°, 2°, et 3° de l'article 187-3 du CFAS, les services des CPAM, les CCAS ou à défaut les mairies, ou encore les services sanitaires et sociaux du département de résidence. Cependant, la majeure partie des demandes d'AME formulées par des étrangers concernent des soins dans les établissements de santé. Il est souhaitable, par conséquent, qu'ils soient étroitement associés à la procédure de constitution des dossiers.

La situation particulière créée par le caractère irrégulier de leur résidence en France peut conduire les étrangers pouvant prétendre à l'AME à éviter de se rendre à la mairie de leur commune, au CCAS ou dans une association pour établir une demande d'AME. Lorsque des soins leur sont nécessaires, ils s'adressent directement à l'établissement hospitalier et hésitent à régulariser a posteriori leur demande de prise en charge des soins auprès de l'un des organismes mentionnés par l'article 187-3 précité.

L'intérêt financier des établissements de santé est, dans ces conditions, de favoriser autant que possible la constitution du dossier de demande d'AME dans leurs propres services administratifs ou d'accueil, le jour même où l'intéressé demande à consulter un praticien hospitalier ou s'il est hospitalisé.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la prévention et à la lutte contre les exclusions a instauré les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), par l'article L. 711-7-1 du code de la santé publique, qui ont pour objet de répondre aux difficultés d'accès aux soins des populations les plus en difficulté. Elles sont donc habilitées à instruire les demandes d'AME, au même titre que les services mentionnés ci-dessus.

*
*

3.1.2.3. Les cas d'incapacité à constituer le dossier de demande

*
*

Lorsque le demandeur se trouve manifestement hors d'état de déposer lui-même sa demande d'AME en raison d'une diminution momentanée ou durable de ses facultés physiques ou mentales, sa demande peut être déposée par un proche susceptible de se porter garant pour l'intéressé des réponses apportées aux questions du formulaire sur son identité, ses conditions de résidence en France et ses ressources. Dans ce cas, la personne établissant la demande pour le compte du malade empêché atteste sur l'honneur la véracité des renseignements qu'elle apporte sur la situation de ce dernier.

A défaut, le directeur de l'établissement de santé établit lui-même un dossier de demande d'AME en spécifiant les conditions dans lesquelles le malade lui a été adressé ainsi que les raisons précises de l'impossibilité de constituer un dossier normal.

*
*

3.1.2.4. Le délai de transmission des demandes d'AME

*
*

L'avant-dernier alinéa de l'article 187-3 du CFAS exige des organismes recevant les demandes d'AME qu'ils les transmettent dans un délai de huit jours à compter du dépôt à la CPAM. Ce délai doit être considéré comme une tolérance maximale. Le dossier complété peut être envoyé sans délai à l'organisme d'assurance maladie, notamment pour les personnes dont la situation exige une admission immédiate en application du dernier alinéa de l'article 188 du CFAS.
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dasrv3dirmidsshdpm-n-200014-du-10-janvier-2000-relative-a-laide-medical-de-letat/>

Pour chaque demande d'AME qu'elle reçoit, la CPAM se prononce sans délai sur la demande et délivre le titre d'admission à l'AME permettant au demandeur d'accéder aux soins.

*
*

3.1.3. L'élection de domicile des personnes sans domicile fixe (SDF)

*
*

L'article 187-4 du CFAS précise que les personnes qui se trouvent sans domicile fixe au moment de leur demande d'AME doivent élire domicile à cet effet soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS, CIAS), soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le préfet. Cette procédure, instituée pour la première fois par la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au RMI et reprise par la [loi n° 92-722 du 29 juillet 1992](#) qui avait précédemment réformé l'aide médicale, est bien connue aujourd'hui.

Il importe cependant pour son application de bien en situer la destination afin d'éviter d'en faire un obstacle aux droits des personnes concernées à bénéficier de l'AME. La procédure d'élection de domicile est, en effet, destinée à faciliter l'accès à l'AME des personnes sans domicile, en leur fournissant une adresse administrative pour la gestion de leurs droits en un lieu unique du territoire.

Pour faciliter cette démarche, il serait utile que, outre les CCAS, les organismes agréés pour recevoir les demandes d'AME (associations caritatives ou d'entraide, centres d'hébergement et de réadaptation sociale) soient également agréés pour recevoir les déclarations d'élection de domicile.

Le décret à paraître relatif aux conditions d'élection de domicile des personnes SDF demandant le bénéfice de la CMU ou de l'AME dispose que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale seront de plein droit habilités à recevoir les déclarations d'élection de domicile. Ils auront l'obligation de répondre à toute demande de domiciliation.

*
*

3.1.4. Les déclarations sur l'honneur

*
*

La situation des demandeurs d'AME peut rendre inévitable le recours à des déclarations sur l'honneur pour pallier à l'absence de certaines pièces justificatives.

Cette procédure doit conserver un caractère exceptionnel, et le demandeur est tenu de fournir des éléments permettant d'avoir des informations substantielles, susceptibles de faire l'objet de vérifications ultérieures, notamment en matière d'identité, de conditions d'entrée sur le territoire et de résidence.

Les CPAM devront effectuer un suivi spécifique de ces déclarations sur l'honneur, et saisir les DDASS, dès lors qu'elles constateront une multiplication des déclarations sur l'honneur. Des instructions sur les plans de contrôle seront fournies ultérieurement.

*
*

3.2. La décision

3.2.1. Le pouvoir de décision

*
*

L'article 188 du CFAS prévoit que le préfet peut déléguer son pouvoir d'admission à l'AME au directeur de la CPAM.

Parallèlement, le nouvel article L. 182-1 du CSS prévoit que l'Etat et la CNAMTS concluent une convention fixant les conditions dans lesquelles les CPAM exercent les compétences de l'Etat.

*
*

3.2.2. Le contenu de la décision

*

La décision doit indiquer la date d'effet de la prise en charge et la période de validité.

Conformément au deuxième alinéa de l'article 188, l'admission est accordée pour une période d'un an à compter de la date d'effet.

La date d'effet est, en règle générale, la date du dépôt de la demande. Il peut arriver, cependant, que le dossier de demande soit déposé avec retard après le début d'une hospitalisation ou de soins. Dans ce cas, comme en aide sociale, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement à condition que la demande ait été présentée dans un délai de deux mois à compter du jour d'entrée dans l'établissement. Avec l'accord de la DDASS, ce délai peut être porté à quatre mois si le cas le justifie.

La décision doit obligatoirement préciser l'étendue de la prise en charge d'AME au regard des dispositions de l'article 186-3° du CFAS :

- soit que l'étranger bénéficiaire de l'AME est pris en charge exclusivement pour les soins et hospitalisations dans les établissements de santé, y compris en consultation externe, ainsi que les prescriptions qui lui sont ordonnées par le médecin hospitalier (pharmacie, examens, qu'il se procure et effectue en ville) ;

- soit que l'intéressé, résidant en France depuis plus de trois ans, peut prétendre à la prise en charge à la fois des soins à l'hôpital et des soins de ville (cf. ci-dessus les § 122 et 211).

Hormis cette distinction portant sur l'étendue des soins pris en charge, la décision d'admission ne doit jamais mentionner d'autres spécifications qui rendraient partielle la prise en charge, en la limitant à certaines prestations.

En cas de rejet, la décision doit mentionner sa motivation à l'égard de la condition de résidence en France ou de celle de ressources, en précisant :

- soit les éléments du dossier qui établissent que l'intéressé ne réside pas en France ;

- soit le montant des ressources retenues.

*

*

3.2.3. L'admission immédiate

*

*

Le dernier alinéa de l'article 188 du CFAS prévoit que les demandeurs dont la situation l'exige peuvent être admis immédiatement à l'AME. L'admission immédiate a pour objet d'éviter que le délai pris pour instruire une demande d'AME et prendre la décision d'admission ait des conséquences graves pour la santé du malade.

En règle générale, compte tenu de la simplification du dossier de demande d'AME, l'établissement de santé peut être assuré que, si la résidence de l'étranger en France et l'insuffisance de ses ressources ne peuvent pas être contestées au vu des renseignements contenus dans le dossier, l'admission de l'intéressé à l'AME ne posera pas de difficultés et que la décision d'admission sera prise dans les meilleurs délais par le directeur de la CPAM. Dans ces conditions, le recours à l'admission immédiate doit être extrêmement limité.

*

*

3.3. La notification

*

*

Le demandeur reçoit immédiatement un titre d'admission qui lui permet d'obtenir la dispense d'avance des frais pour les soins couverts par la prise en charge.

Ce titre indique obligatoirement à l'intention des pharmaciens, fournisseurs et praticiens de santé l'adresse et le service de la CPAM auprès de laquelle ils peuvent obtenir le remboursement des prestations et des médicaments dispensés. Il précise également les conditions de la prise en charge :

- soit uniquement les soins dispensés par un établissement de santé et les prescriptions ordonnées à cette occasion, également en cas de consultation externe et y compris les prescriptions que l'intéressé doit se procurer en ville au vu d'une ordonnance du praticien hospitalier ;
- soit l'ensemble des prestations à l'hôpital et en ville.

En cas de décision de rejet, le directeur de la CPAM notifie sa décision au demandeur.

La notification de la décision de rejet indique précisément ses motivations au regard des conditions d'admission à l'AME. La décision mentionne le délai de deux mois à compter de sa notification pendant lequel l'intéressé peut former un recours devant la commission départementale d'aide sociale, en précisant l'adresse de la DDASS où il doit être envoyé.

*
*

3.4. Dispositions transitoires

*
*

Dans le cadre des transferts des dossiers des départements (ou de l'Etat) aux CPAM, les droits à l'AME instaurée par la [loi du 27 juillet 1999](#), ouverts avant le 31 décembre 1999, sont maintenus jusqu'au 30 juin 2000, si ils arrivaient à échéance au cours du premier semestre.

*
*

4. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

*
*

La prise en charge par l'AME des frais de soins et d'hospitalisation en cas d'IVG des personnes qui ne peuvent pas prétendre au bénéfice de la couverture maladie universelle de base ni de la protection complémentaire en matière de santé, est prévue par l'article 187-2 (1°) du CFAS. Cette prise en charge de l'IVG par l'AME est intégrale et donne lieu à une dispense totale d'avance des frais. L'instruction des demandes de prise en charge d'IVG par l'AME doit se fonder exclusivement sur l'examen des conditions de droit commun d'accès à l'AME : c'est-à-dire la condition de résidence en France et la condition de ressources.

Depuis 1997, la gestion des prises en charge d'IVG par l'AME est assurée par les CPAM au même titre que les autres prestations d'AME. Cette disposition est reprise dans le cadre de la nouvelle convention entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en application de l'article L. 182-1 du CSS modifié par l'article 33-II de la [loi du 27 juillet 1999](#).

Les services des établissements de santé et les centres de planification, constituant les dossiers de demande d'AME pour IVG, doivent par conséquent, comme par le passé, transmettre ces demandes, sous pli confidentiel, directement et exclusivement, pour instruction, au service médical de la CPAM, afin qu'elles demeurent strictement protégées par le secret médical. Après avoir vérifié le contenu du dossier de demande qui lui est transmis par l'établissement de santé, le service médical de la CPAM transmet ce dossier au médecin inspecteur de la santé publique de la DDASS, sous pli confidentiel portant la mention " AME ", en indiquant sa décision de prise en charge de l'IVG au compte de l'AME. Il transmet, par ailleurs, la facture individuelle anonyme au service administratif de la CPAM pour imputation au compte de l'AME et remboursement par la CPAM à l'établissement de santé.

Il est rappelé qu'aucune enquête ne doit être effectuée au domicile de l'intéressée et que celle-ci ne doit pas recevoir de notification de la décision.

Enfin, les dispositions prévues dans les précédentes circulaires relatives à l'IVG demeurent applicables après le 1er janvier 2000 en ce qui concerne la possibilité, pour l'autorité compétente, de prononcer, indépendamment de la condition de justification des ressources, la prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat.

*

*
*

**ANNEXE 1. - Formulaire provisoire
(formulaire 6.doc)**

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

(Art. 187-1 à 190 du code de la famille et de l'aide sociale)

*
*

En application de l'article 187-3 du code de la famille et de l'aide sociale, le présent dossier doit être transmis dans un délai de huit jours à la caisse d'assurance maladie par l'organisme auprès duquel la demande est déposée.

*
*

1. Identité

Nom du demandeur :
(de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom du demandeur :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse en France :

Pour les personnes sans domicile fixe, nom et adresse de l'organisme domiciliaire :
(Joindre au présent dossier la déclaration d'élection de domicile, art. 187-4 du C.F.A.S.)

Veillez indiquer ci-après les pièces justificatives fournies pour justifier votre identité et celle des personnes qui, le cas échéant, sont vos ayants droit et vivent en France :

(A défaut de pièces justificatives, éléments permettant de vérifier votre identité et voir en fin de formulaire l'attestation sur l'honneur.)

2. Personnes à charge

Précisez ci-après l'identité et le statut (conjoint, concubin, PACS, enfant, etc.) de vos ayants droit résidant en France :

1. Nom :

2) Prénom :

2) Lien de parenté :

2) Date de naissance :

2. Nom :

2) Prénom :

2) Lien de parenté :

2) Date de naissance :

3. Nom :

2) Prénom :

2) Lien de parenté :

2) Date de naissance :

4. Nom :

2) Prénom :

2) Lien de parenté :

2) Date de naissance :

5. Nom :

2) Prénom :

2) Lien de parenté :

2) Date de naissance :

3. Condition de résidence en France

1. Si vous avez un titre de séjour, mais que vous ne remplissez pas la condition de durée de plus de trois mois de résidence vous permettant d'être assuré social, indiquer :

- la nature de votre titre de séjour :

- votre date d'arrivée en France :

- la date de la fin de la période de stage de 3 mois, à laquelle votre dossier doit être révisé pour permettre l'accès à l'assurance maladie, et éventuellement à la couverture maladie universelle :

2. Si vous n'avez pas ou plus de titre de séjour, et que votre présence sur le territoire français n'est pas occasionnelle :

Indiquez depuis quand vous résidez en France, de façon stable et permanente ?

Vous avez :

- moins de trois ans de résidence ininterrompue en France ;
- plus de trois ans de résidence ininterrompue en France.

(Barrer la mention inutile)

Veillez indiquer ci-après le(s) document(s) fourni(s) au dossier pour justifier votre résidence en France (quittance, attestation, certificat...)

(A défaut de pièces justificatives, indiquer les éléments permettant d'apprécier la date d'arrivée et la résidence en France. Voir en fin de formulaire l'attestation sur l'honneur.)

*
*

4. Condition de ressources

*
*

Quelles ont été vos ressources depuis un an :
(ou depuis votre arrivée en France si elle date de moins d'un an)

Montant :

Montant :

Nature :

Indiquez la moyenne mensuelle des ressources durant la période précitée :

Document(s) fourni(s) pour justifier le montant de vos ressources :

(A défaut de pièces justificatives, indiquer les éléments permettant d'apprécier les ressources. Voir en fin de formulaire l'attestation sur l'honneur.)

*
*

5. Débiteurs d'aliments éventuels

(application de l'art. 189 du C.F.A.S.)

*
*

Rappel concernant les obligations alimentaires :

L'aide susceptible de vous être apportée par vos débiteurs d'aliments (ascendants, descendants) pour vous aider à payer vos dépenses de soins et de médicaments, n'est pas prise en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat.

En revanche, vous êtes informé qu'après votre admission à l'aide médicale de l'Etat le préfet est habilité par l'article 189 du code de la famille et de l'aide sociale à demander, s'il y a lieu, le recouvrement des dépenses d'aide médicale de l'Etat auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire envers vous.

Complétez les rubriques ci-dessous si vous avez un (des) membre(s) de votre famille mentionné(s) ci-après habitant en France à une adresse différente de la vôtre (père, mère ou enfants).

Nom, adresse et lien de famille des personnes pouvant éventuellement être vos débiteurs d'aliments en France :

-
-
-
-

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur :

- que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts ;

- que je réside en France de manière habituelle, ainsi que tous mes ayants droit mentionnés sur la présente demande.

S'il ne m'est pas possible de fournir des documents justificatifs et concernant (rayez les mentions inutiles) :

- mon identité et, le cas échéant, celles des membres de ma famille résidant avec moi en France (cf. parties I et II ci-dessus) ;

- ma résidence en France (cf. partie III ci-dessus) ;

- mes ressources et mes moyens d'existence (cf. partie IV ci-dessus).

J'atteste la véracité des renseignements fournis.

Date : Fait à :

Votre signature :

Nom du service ayant aidé à l'établissement de la présente demande :

Adresse :

Téléphone :

*

*

AVIS IMPORTANT

*

*

1. Voie de recours :

La décision qui sera prise sur votre demande est susceptible d'un recours devant la commission départementale d'aide sociale (à adresser à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, DDASS) dans un délai de deux mois après notification de la décision.

La décision de la commission départementale est susceptible d'appel devant la commission centrale d'aide sociale.

2. Déclarations frauduleuses :

En application de l'article 9 du [décret n° 54-883 du 2 septembre 1954](#), il peut être procédé à la révision des décisions d'admission à l'aide médicale de l'Etat prises sur la base de déclarations incomplètes ou erronées, avec répétition de l'indu, c'est-à-dire que vous devrez rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. 441-1 du code pénal).