



LA PRISE EN CHARGE DES SOINS POUR LES ETRANGERS EN FRANCE



Angélique DROIT
assistante socio-éducative, CHU Rennes
21 novembre 2019

**LES ETRANGERS
EN
SITUATION REGULIERE**



- Personne en possession d'un visa court séjour
- Personne ressortissante d'un pays tiers exempté de visa
- Personne originaire d'un pays de l'Union Européenne (court séjour ou active)
- Personne disposant d'un titre de séjour (attestation de dépôt d'une demande d'asile, autorisation provisoire de séjour, récépissé, carte de séjour, ...)

➤ Personne en possession d'un visa court séjour

Pas de possibilité d'ouverture de droits à la sécurité sociale pendant toute la période de validité du visa.

La personne doit se rapprocher de son assurance liée au voyage.

- Personne ressortissante d'un pays tiers exempté de visa

La personne est considérée en situation régulière pendant 90 jours.

Pas de possibilité d'ouverture de droits à la sécurité sociale pendant toute cette période.

➤ Personne originaire d'un pays de l'Union Européenne

Pour les personnes présentes pour un court séjour (vacances)

→ Prise en charge des soins par le biais de la carte européenne.

Pour les soins reçus à l'hôpital, les remboursements seront à la même hauteur que pour les assurés du pays visité (le ticket modérateur restera à la charge de la personne)

Pour la délivrance des traitements, la personne doit faire l'avance des frais.

Pour les personnes actives

→ Ouverture de droits à la sécurité sociale (PUMA sur critère d'activité professionnelle) et possible Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C/ACS) selon les revenus

- Personne disposant d'un titre de séjour (attestation de dépôt d'une demande d'asile, autorisation provisoire de séjour, d'un récépissé, d'une carte de séjour, ...)

Affiliation à la sécurité sociale (PUMA sur critère de résidence)
Et possible demande de Complémentaire Santé Solidaire selon les revenus

Protection Universelle Maladie (PUMA)

« La PUMA assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière la prise en charge des frais de santé » source www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

La PUMA permet le remboursement de la part obligatoire des frais de santé.

Les conditions pour en bénéficier :

- Résider en France de façon stable et régulière (résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois).

OU

- Exercer une activité professionnelle

Complémentaire Santé Solidaire

La Complémentaire Santé Solidaire remplace la CMU-C depuis le 1^{er} Novembre. Elle s'étend aux personnes qui bénéficiaient de l'ACS (chèque santé).

«La Complémentaire santé solidaire donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) » source www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

La Complémentaire Santé Solidaire peut être :

- Sans participation financière
- Avec participation financière

La Complémentaire Santé Solidaire est accordée pour une durée d'une année.

**LES ETRANGERS
EN
SITUATION IRREGULIERE**



L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT (AME)

Les conditions pour en bénéficier :

- résider en France de manière irrégulière
- résider en France de manière stable (séjourner de manière ininterrompue depuis + de 3 mois)
- avoir des ressources inférieures à un plafond (même barème que la Complémentaire Santé Solidaire).

Pour les ressortissants européens inactifs : questionnaire « recherche de droits » ressortissants européens inactifs à compléter en plus de la demande AME. Obligation de fournir une attestation de fin de droits à la sécurité sociale dans le pays d'origine

L'AME est accordée pour 1 an et doit être renouvelée chaque année.

L'AME prend en charge les soins et les traitements, à hauteur des tarifs fixés par l'assurance maladie. Il n'existe pas de forfaits supplémentaires pour la prise en charge des soins dentaires, des lunettes ou des prothèses auditives notamment.

Quand la personne est bénéficiaire de l'AME, elle ne peut pas bénéficier d'aide financière versée par la CPAM.

DISPOSITIF DES SOINS URGENTS ET VITAUX

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 précise la notion des soins urgents.



«Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent-êtré considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par ex.)

La prise en charge au titre des soins urgents s'adresse aux personnes en situation irrégulière, non bénéficiaire de l'AME et qui ne peuvent pas justifier d'une présence en France de plus de 3 mois,

L'intégralité des soins reçus dans un établissement de santé va être prise en charge.



Les soins donnés à l'extérieur de l'hôpital ne sont pas couverts.

Une demande d'AME sera à constituer lorsque la personne pourra justifier d'une présence en France de plus de 3 mois.

Mutualisation de l'AME à partir du 04 /11/2019



Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur

Nom _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom(s) _____ Date de naissance _____

Nationalité : Européenne * Autre pays

N° de Sécurité sociale ou d'AME *(si vous en avez un)* _____

N° d'allocataire *(allocations familiales - si vous en avez un)* _____

Adresse en France _____ N° tél portable _____

Code postal _____ Commune _____

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui , année _____ département: _____

• Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai d'un mois à compter du jour d'entrée dans l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.

Votre durée de résidence en France

• Vous résidez en France de façon stable depuis le _____ (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Salaires	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Pensions, retraites et rentes	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Précisez la nature</i>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €		_____ €

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale de l'Etat peut être retirée. Vous devez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (articles L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quelconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le _____ Signature du demandeur : _____

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse.

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgée de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

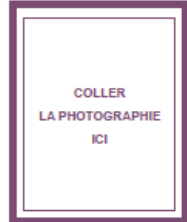
NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom _____

• Prénom(s) _____

• Date de naissance _____

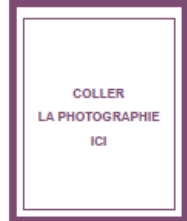


► CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBIN(E)

• Nom _____

• Prénom(s) _____

• Date de naissance _____

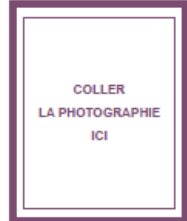


► ENFANT DE PLUS DE 16 ANS

• Nom _____

• Prénom(s) _____

• Date de naissance _____



► ENFANT DE PLUS DE 16 ANS OU COHABITANT(E)

• Nom _____

• Prénom(s) _____

• Date de naissance _____

