APPEL A MANIFESTATION D’INTERET

Date limite de dépôt des lettres d’intention : 21 avril 2024

Cahier des charges pour l’allocation de crédits FIR

dans le cadre de la création d’une PASS de ville

sur le territoire de Rouen

Le présent document a pour objet de fournir un cadre définissant les missions, activités et modalités d’intervention attendues d’une permanence d’accès aux soins de santé de ville (PASS de ville) sur le territoire de la Métropole Rouen Normandie.

Les PASS de ville correspondent à des organisations mises en place dans des structures déjà existantes permettant d’apporter un accompagnement vers des droits à l’assurance maladie et une prise en charge en soins de ville (consultations de médecine générale, laboratoires, officines de ville …).

Texte de référence : Décret n°2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d’aide médicale de l’Etat (AME)

Documents annexes CNAM :

- annexe précisant les règles de rétroactivité

- modèle de conventionnement avec les services de l’assurance maladie compétents permettant de faciliter le traitement des dossiers

1. Contexte

Expérimentées avec succès depuis 2013 notamment en Île-de-France et à Marseille, les permanences d’accès aux soins de santé (PASS) dites de ville ou ambulatoires correspondent à des organisations permettant à des personnes sans couverture maladie à un instant donné, d’accéder à des soins de ville de premier recours (médecin généraliste, dentiste, sage-femme, infirmiers, pharmaciens, laboratoires …). Les personnes bénéficient en parallèle d’un accompagnement pour faciliter l’ouverture de leurs droits ou la réactivation et réouverture de ceux-ci, grâce à des conventionnements avec l’assurance maladie. Ces PASS de ville sont des organisations essentielles dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, complémentaires des PASS hospitalières existantes.

Elles ont pour objectifs :

* Faciliter l’accès à la prévention et aux soins de ville ainsi que l’accès aux droits à des personnes en situation de précarité, éloignées des soins voire en situation de renoncement ;
* Eviter des passages à l’hôpital, notamment aux urgences, pour toute demande de soins qui n’en relèverait pas ;
* Eviter le recours aux PASS hospitalières pour la seule demande d’ouverture des droits à l’assurance maladie ;
* Améliorer la fluidité des parcours des patients et limiter les ruptures de parcours et pertes de chance associées, par un travail de coordination.

Le programme régional d’accès à la prévention et aux soins normand 2023-2028 prévoit d’expérimenter une PASS de ville, comme l’un des leviers permettant de faciliter l’accès aux droits et au système de santé en développant des nouvelles modalités de prise en charge adaptées aux difficultés des publics.

Le choix du territoire d’expérimentation pour un projet PASS de ville s’est porté sur la Métropole Rouen Normandie. C’est la plus peuplée des EPCI en Normandie (498 000 habitants) avec des indicateurs sociaux et de santé qui présentent de grandes disparités infra-territoriales : 61600 personnes vivant en quartiers prioritaires, des effets de concentration de personnes en grande précarité sociale (publics SDF, personnes migrantes…) sur certains points du territoire… Les structures sociales présentent des files actives et/ou taux d’occupation très importants. La file active de la PASS de Rouen a notamment beaucoup augmenté ces 5 dernières années (plus de 1500 personnes en 2022). Elle rencontre des difficultés pour faire face à l’ensemble des situations et ses délais de prise en charge ont considérablement augmenté. Dans le même temps, Médecins du Monde a annoncé la fermeture du CASO à la fin du premier trimestre 2024. La PASS d’Elbeuf présente aussi une file active très importante (898 personnes en 2022). Enfin, le territoire dispose de nombreuses structures sociales, médico-sociales et d’organisations dynamiques de professionnels de santé libéraux permettant d’envisager des parcours de soins en ville pour les personnes en situation de précarité.

Une PASS de ville peut s’appuyer sur différentes modalités d’organisation : structure ad hoc, pouvant par exemple être portée par une association, ou modalité d’intervention au sein de structures déjà existantes (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé notamment).

Les éléments du cahier des charges sont issus des travaux du groupe de travail national et d’une concertation nationale avec des partenaires ayant notamment capitalisé sur l’expérimentation des PASS de ville.

1. Cahier des charges des modalités d’organisation attendues de la PASS de ville
   1. Objectifs

* Faciliter l’accès aux droits (en cas de rupture de droits, de non activation ou non connaissance des droits potentiels …) ;
* Accéder à des soins de premier recours, permettant ainsi d’éviter que les personnes ne se rendent en établissement de santé si leur état de santé ne le justifie pas. Ainsi, la PASS de ville permet de lutter contre le retard dans l’entrée aux soins et concourt à la lutte contre le renoncement aux soins.
  1. Publics cibles
* Les personnes ainsi que leurs ayants droits (notamment les enfants) sans droits ouverts ou actifs à une assurance maladie de base et/ou complémentaire au moment où ils se présentent pour une demande de soins relevant d’une prise en charge ambulatoire;
* Les personnes repérées ou signalées par des partenaires comme étant en situation de renoncement aux soins et pouvant en bénéficier.

Certains publics, par exemple, les grands précaires ne relèvent pas de cette modalité, en première intention mais de réponses spécifiques (EMPP, PASS hospitalières, autres équipes mobiles …).

* 1. Territoire d’intervention

La PASS de ville organise une réponse de proximité : son aire de recrutement est la Métropole Rouen Normandie

* 1. Activités

La PASS de ville accueille de manière inconditionnelle les personnes, que celles-ci se présentent spontanément ou qu’elles aient été orientées/adressées par des partenaires divers du territoire.

* ***En matière d’accès aux droits***:

La PASS de ville accompagne les personnes accueillies dans l’accès effectif à leurs droits en terme de couverture maladie, notamment au travers des actions suivantes :

* Réaliser un diagnostic social et repérer les vulnérabilités ;
* Informer la personne sur ses droits ;
* Aider à la constitution des dossiers d’ouverture de droits à l’assurance maladie ;
* Faire le lien avec les caisses de sécurité sociale et organismes sociaux afin d’éviter toute rupture dans le parcours d’accès aux droits.

Il est donc nécessaire que la PASS de ville soit rattachée à une structure identifiable par un numéro FINESS et qu’elle dispose d’un accès à CDR (consultation des droits) ainsi que d’un accès aux outils MSA, le cas échéant.

* ***En matière d’accès aux soins****:*
* Repérer et évaluer des besoins de santé en ayant une démarche active sur le repérage de vulnérabilités (situations de précarité, de violences physiques et/ou psychologiques, d’isolement, de non connaissance ou non compréhension du système de santé, de difficultés de communication, allophonie …) ;
* Orienter vers les soins auprès de professionnels partenaires ou, de façon ponctuelle, délivrer des soins ;
* Réaliser des actions de sensibilisation, d’éducation à la santé ou de prévention individuelle (dépistage, vaccination …) y compris avant l’ouverture de droits à une assurance maladie de base ou complémentaire.

*Lorsque l’activité socle sera mise en œuvre et stabilisée, des actions d’aller vers et/ou actions collectives d’éducation à la santé, en lien avec les acteurs du territoire, pourront être envisagées.*

* ***Modalités d’intervention/d’organisation****:*
* Entretiens avec un professionnel du champ social, un professionnel paramédical et/ou médiateur en santé
* Proposition d’une solution professionnelle d’interprétariat en santé si besoin
* Orientation des patients qui le nécessitent
* Coordination des parcours des personnes, en lien avec les interlocuteurs adaptés (notamment les dispositifs d’appui à la coordination).

La PASS de ville dispose d’un outil/ système d’informations permettant de fluidifier la gestion des parcours et gérer la charge administrative liée à l’activité.

* 1. Partenariats et communication
* ***Caisse primaire d’assurance maladie***

De manière obligatoire, une convention doit être signée avec la CPAM de Seine-Maritime (cf. annexe) afin de faciliter les circuits et échanges d’informations réciproques, et qui précise notamment les modalités d’articulation avec la mission « accompagnement santé » de la caisse ainsi que les modalités de dépôt et de transmission des demandes d'aide médicale de l'Etat.

* ***Les professionnels de ville***

L’organisation d’une PASS de ville repose également sur un partenariat fort avec les professionnels de santé libéraux, officines, laboratoires et centres de radiologie de proximité, avec acceptation du principe de non avance des frais et/ou non reste à charge pour les patients de la PASS de ville. L’ensemble des professionnels partie prenante de la PASS de ville partage les objectifs du projet : les professionnels sont assurés d’être rémunérés de leur acte dans le cadre du dispositif mais n’émettent pas de factures directement aux patients tant que leur situation administrative n’est pas réglée.

* ***PASS hospitalières et centres hospitaliers***

Le partenariat avec les centres hospitaliers permet l’accès au plateau technique et aux spécialités en tant que de besoin. La PASS de ville et les PASS hospitalières travaillent en complémentarité, et s’assurent de la lisibilité de leur collaboration auprès des acteurs du territoire.

* ***Autres partenaires***

Les structures de domiciliation et d’action sociale (centres communaux d’action sociale - CCAS et organismes agréés), le secteur associatif (maraudes, centres d’hébergement et plus largement toutes les structures AHI) et les autres acteurs sanitaires ou sociaux impliqués, notamment le conseil départemental (service social départemental, protection maternelle et infantile), les centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), les centres de vaccination, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), l’EMPP, les CMP, les dispositifs d’appui à la coordination (DAC) …

La PASS de ville, avec l’appui de l’ARS, doit être visible, identifiable et donc se faire connaitre par les professionnels de santé du territoire comme par les autres partenaires locaux (élus notamment) via la diffusion d’informations, plaquettes, actions de communication, inscription et participation aux instances locales (ateliers santé ville, CLS, CPTS, DAC, …).

* 1. Gouvernance

Au-delà des réunions internes à la PASS de ville nécessaires à l’articulation / coordination des pratiques, a minima un comité de pilotage est organisé annuellement avec l’ensemble des partenaires, notamment pour présenter le bilan annuel de l’activité (points forts/ points faibles, difficultés et leviers).

La PASS de ville s’inscrit dans la dynamique régionale des PASS normandes et participe aux animations et échanges organisés par la coordination régionale des PASS portée par le CH de Pont-Audemer et, fait appel si besoin, à la mission d’appui migrants portée par la Fondation Hospitalière Miséricorde de Caen.

2-7 Equipe attendue

L’équipe socle de la PASS de ville doit garantir une ouverture hebdomadaire régulière et être ainsi constituée a minima de :

* 0,2 ETP de coordination ;
* 0,8 ETP d’assistant de service social/autre travailleur social avec expérience ;
* 0,5 ETP de temps d’accueil/secrétariat/médiation en santé ;
* 0,5 ETP d’infirmier diplômé d’Etat.

Le cas échéant, le remplacement du temps paramédical (congés…) peut faire l’objet de conventionnement avec des IDE libéraux.

2-8 Suivi et évaluation

Un rapport d’activité standardisé sera réalisé annuellement et transmis à l’ARS.

Le recueil de données sera travaillé avec la coordination régionale des PASS normandes. Quelques indicateurs clés déjà identifiés y figureront notamment :

* Sur la file active : la répartition : par sexe et âge ; le nombre de personnes sans droits qui se présentent à la PASS de ville (situation à l’entrée dans le dispositif) dont le nombre de personnes éligibles à la PUMA ; dont nombre de personnes éligibles à la CSS ; dont nombre de personnes éligibles à l’AME ; dont autres (préciser).
* Sur le suivi de parcours : le nombre de nouveaux patients ; le nombre d’orientations vers le droit commun effectuées dans l’année ; le nombre de personnes « perdues de vue » ; le nombre de personnes pour lesquelles aucun droit à l’assurance maladie n’a pu être activé.
* La durée de suivi ou de l’accompagnement à date: <= 3 mois, entre 3 et 6 mois, entre 6 mois et 1 an, > 1 an, > 2 an
* Les demandes de soins les plus représentées : soins de ville et spécialités / prises en charge ; soins hospitaliers et spécialités/ pathologies ;
* Le nombre de prestations d’interprétariat demandées

1. Critères de sélection du projet

Pour être retenu et financé, le projet devra répondre aux critères suivants :

* Compétences du porteur de projet en matière de connaissance des publics en situation de précarité, d’accompagnement de ces publics à la prévention et aux soins
* Précisions sur les besoins identifiés sur le territoire d’intervention
* Prise en compte de l’existant, inscription dans la complémentarité avec les PASS hospitalières
* Construction des partenariats avec la CPAM, les professionnels de ville, les collectivités et acteurs du territoire intervenant auprès des publics précaires
* Faisabilité du projet
* Adéquation du budget au regard des objectifs visés et des actions à mener
* Mise en place d’indicateurs de suivi et d’évaluation du projet

1. Modalités pour déposer un projet

* 1. Dépôt d’une lettre d’intention

La lettre d’intention, signée par le représentant légal de l’organisme, doit être adressée avant le 22 avril 2024 à l’ARS. Elle doit permettre au candidat d’exposer les grandes lignes du projet (pas plus de 5 pages) et doit contenir les points suivants :

* Nom et coordonnées de la personne responsable du projet
* Description du projet correspondant au présent cahier des charges précisant :
* la compréhension des enjeux et l’identification des besoins des publics accompagnés et des professionnels,
* l’inscription dans le territoire,
* les activités et modalités d’intervention proposées,
* les partenariats engagés et envisagés, les acteurs à mobiliser,
* la gouvernance,
* les modalités de suivi et d’évaluation envisagées.
* Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
* Budget prévisionnel par année avec les postes principaux de dépense et les éventuels cofinancements envisagés
  1. Sélection du projet

Un comité procède à l’instruction des candidatures et donne un avis sur les projets sur la base des critères énoncés dans le présent cahier des charges et dans le cadre de l’enveloppe budgétaire disponible. Il est composé d’un représentant de la délégation départementale de l’ARS pour la Seine-Maritime, d’un représentant de la direction de la santé publique de l’ARS, d’un représentant de la ville de Rouen, d’un représentant de la Métropole Rouen Normandie, d’un représentant des professionnels de santé libéraux du territoire et d’un représentant de la CPAM Rouen Elbeuf Dieppe.

* 1. Phase de dialogue

Une fois le projet sélectionné par l’ARS sur la base des avis donnés par le comité de sélection des projets, une phase de dialogue permettra de préciser les objectifs, les étapes et les moyens requis. Elle permettra aussi, le cas échéant, la mise en relation du porteur du projet avec un ou des partenaires indispensables à la mise en œuvre de la PASS de ville.

A l’issue de cette phase de dialogue, le candidat déposera un dossier plus complet.

En cas d’acceptation du dossier, une convention sera signée avec l’ARS, qui explicitera les engagements de la structure et les modalités de soutien par l’agence du dispositif.

4-4 Calendrier

* Date d’ouverture de l’appel à manifestation d’intérêt : 26 février 2024
* Echéance pour le dépôt de la lettre d’intention, sous format électronique « .docx » ou «.pdf », à l’adresse suivante [ars-normandie-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-prevention@ars.sante.fr)  : 21 avril 2024 minuit
* Comité de sélection dans la semaine du 22 avril
* Résultat de la présélection : 6 mai 2024
* Dépôt du dossier complet : 28 juin 2024

**Annexe 1- Dispositifs de prise en charge des frais de santé, date d’effet et rétroactivité**

**Protection universelle maladie**

Présentation et critères d’attribution

La protection universelle maladie (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 en cas de maladie ou de maternité[[1]](#footnote-2).

Les personnes sans activité professionnelle doivent justifier au moment de la demande d’une résidence stable de trois mois[[2]](#footnote-3) et de la régularité de séjour[[3]](#footnote-4).

Cette protection correspond à l’assurance maladie obligatoire et permet donc la prise en charge de la part obligatoire des frais de santé.

Date d’effet des droits

Les droits sont ouverts :

* à la date de réception de la demande pour une affiliation sur critère de résidence ;
* dès la 1ère heure travaillée sous réserve de la régularité de séjour pour une affiliation sur critère d’activité professionnelle

Modalité demande

La demande repose sur le [formulaire S1106](https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/168/s1106_puma_demande_od_remp.pdf) de demande d’ouverture de droits à l’assurance maladie, accompagné des pièces justificatives.

Condition de prise en charge rétroactive

Les droits à la PUMa ne peuvent être attribués de façon rétroactive.

**Complémentaire santé solidaire**

Présentation et critères d’attribution

La complémentaire santé solidaire permet aux personnes en situation de précarité, bénéficiant de la PUMa, d’avoir une couverture complémentaire santé gratuite ou avec une participation financière limitée[[4]](#footnote-5).

Pour y accéder, il faut bénéficier de la PUMa et avoir des ressources inférieures à un [plafond](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/plafonds.php).

La complémentaire santé solidaire offre la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie, à hauteur de 100 % des tarifs fixés par l'assurance maladie, ainsi que des forfaits de prise en charge spécifiques pour les soins dentaires, l’optique, les audioprothèses. En cas d’hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire n’ont pas à avancer de frais et les dépassements d’honoraires sont interdits, sauf exigences particulières du patient.

Date d’effet des droits

La complémentaire santé solidaire gratuite est attribuée pour un an à compter du premier jour du mois suivant la date de la décision de la caisse d’assurance maladie.

Condition de prise en charge rétroactive

Lorsque la situation l’exige et que le demandeur est présumé remplir les conditions d’attribution, la Complémentaire santé solidaire peut prendre effet au premier jour du mois du dépôt de la demande[[5]](#footnote-6).

Les situations pouvant nécessiter une attribution immédiate sont les suivantes :

* des soins immédiats ou programmés sont nécessaires ;
* la situation sanitaire et sociale est précaire ;

En cas d’hospitalisation au moment de la demande de complémentaire santé solidaire, la date d’hospitalisation peut être assimilée à la date de dépôt de la demande de complémentaire santé solidaire lorsque la personne n’a pas été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l’établissement et à condition que la demande soit transmise dans les plus brefs délais à la caisse d’assurance maladie. Le droit est alors ouvert au premier jour du mois de l’hospitalisation.

Il conviendra, dans ce cas, que l'établissement de santé ou une association agréée établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais à la caisse d’assurance maladie gestionnaire du droit.

La rétroactivité est limitée à deux mois, ce qui signifie que la demande doit être déposée au plus tard dans un délai de deux mois suivant l’admission dans l’établissement de santé. L’assuré doit toujours être hospitalisé au moment de la demande ou ne pas être sorti depuis plus d’un mois

La complémentaire santé ne pourra être antérieure à la date de début des droits PUMa. Pour rappel, les droits PUMA ne peuvent être attribués de façon rétroactive, ils prennent effet à la date du dépôt de la demande en cas d’affiliation sur critère de résidence ou à la date de début de l’activité professionnelle pour l’affiliation sur critère de l’activité professionnelle.

|  |
| --- |
| EXEMPLE   * Hospitalisation le 10 avril 2022 * Demande de complémentaire santé solidaire datée du 30 avril 2022.   La prise en charge au titre de la complémentaire santé solidaire prend effet au 1er avril 2022, date du premier jour du mois d'entrée dans l'établissement ou à la date du bénéfice de la PUMa si cette date est postérieure |

Modalité de demande

Le dossier de demande est constitué :

* du [formulaire de demande de Complémentaire santé solidaire](https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/s3711-complementaire-sante-solidaire-remp-non%20sec-juillet-2022-version-dec-2022.pdf), accompagné des pièces justificatives ;
* d’un justificatif d’hospitalisation, pour bénéficier de la prise en charge rétroactive.

**Aide médicale de l’Etat**

Présentation et critères d’attribution

L’Aide médicale de l'Etat (AME) assure une couverture maladie aux personnes démunies en situation irrégulière au regard de la législation du droit au séjour en France. Elle est accordée lorsque les ressources du foyer ne dépassent pas le [seuil d’attribution](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/plafonds.php) et que les personnes majeures séjournent de manière ininterrompue en France depuis plus de trois mois, sans titre de séjour[[6]](#footnote-7).

L’AME permet une prise en charge à 100 % des frais de santé remboursables par l’assurance maladie (part obligatoire et le ticket modérateur), sans avance de frais. Les médicaments princeps et les médicaments remboursés à 15% par l’assurance maladie, les actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et les cures thermales en sont exclus.

Date d’effet des droits

L’AME est accordée pour une période d’un an, à compter de la date de dépôt du dossier de demande d’AME.

Condition de prise en charge rétroactive

Lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d’entrée dans l’établissement ou de la date de soins. Pour bénéficier d’une prise en charge rétroactive, le patient doit remplir les conditions d’attribution de l’AME au moment des soins et transmettre sa demande d’AME dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l’établissement ou de la date des soins[[7]](#footnote-8).

|  |
| --- |
| EXEMPLE 1 :   * Entrée illégale en France : 5 janvier 2021 * Date de début d’irrégularité sur le territoire français : 5 janvier 2021 * Hospitalisation le 10 avril 2021 (ou délivrance de soins de ville le 10 avril 2021). * Demande d'AME datée du 20 avril 2021, déposée le 22 avril 2021 à l'accueil de la CPAM, soit dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).   La prise en charge au titre de l'AME prend effet au 10 avril 2021, date d'entrée dans l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).  EXEMPLE 2 :   * Date d'entrée en France : 20 août 2020. * Date de début de la situation d’irrégularité sur le territoire : 21 novembre 2020 * Hospitalisation le 25 novembre 2020 (ou délivrance de soins de ville le 25 novembre 2020) * Demande d'AME datée du 10 janvier 2021, reçue le 13 janvier 2021 par la CPAM, soit dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).   À la date de réception de la demande d’AME, le demandeur ne remplit pas la condition de 3 mois de résidence en situation irrégulière sur le territoire français. Un refus de la demande d’AME est opéré. Ce refus ouvre droit à une prise en charge des soins du 25 novembre 2020 au titre des soins urgents (pour les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie, les d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, les interruptions de grossesse) |

Modalité de demande :

Le dossier de demande est constitué :

* du [formulaire de demande d’AME](https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/93/s3720-demande-aide-medicale-etat-ame-2021.pdf), accompagné des pièces justificatives ;
* d’un justificatif de soins, pour bénéficier de la prise en charge rétroactive ;
* d’un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) faisant état d’une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d’aggravation, pour prioriser l’instruction du dossier.

Les personnes demandant le bénéfice de l’AME pour la première fois doivent déposer leur dossier à l’accueil de la caisse d’assurance maladie de leur lieu de résidence, sauf lorsqu’elles sont prises en charge en établissement de santé ou par une permanence d’accès aux soins de santé (PASS), auquel cas l’établissement ou la PASS doit transmettre directement la demande à la caisse concernée sous 8 jours. Les maisons France service habilitées et les PASS de ville peuvent également réceptionner les premières demandes d’AME[[8]](#footnote-9).

**Annexe 2 – Modèle de convention locale de partenariat entre la PASS de ville et le service de l’assurance maladie territorialement compétent et ses annexes**

|  |
| --- |
| CONVENTION DE PARTENARIAT **CPAM CCSS CGSS DE XXXXX –**  **PASS DE VILLE DE XXXXX** |

**Entre, d’une part,**

## LA CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE MALADIE de XXXXXX / CCSS / CGSS

Située au xxxx…

Représentée par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

Ci-après dénommée : « CPAM / CCSS / CGSS » ou « Assurance Maladie »

***et d’autre part,***

## LA PASS DE VILLE de xxxxx

Situé au xxxx…

Représenté par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

Ci-après dénommée « PASS de ville »

**IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

# *PREAMBULE*

*L’Assurance Maladie fait de la lutte contre les exclusions une de ses priorités, en favorisant l’accès aux droits, aux soins, à la santé de tous (cadre législatif spécifique, accompagnements par les Missions accompagnement santé dans les caisses locales, actions d’aller-vers…).*

*Elle développe pour cela, des partenariats avec les acteurs œuvrant dans le domaine de la fragilité sociale, dont les PASS de ville font partie. A ce titre, une convention avait peut-être été signée dans le cadre de la gestion des demandes d’Aide médicale de l’Etat (AME), et pourra être complétée des engagements contenus dans la présente convention.*

# *Article 1 - Objet du partenariat*

*L’objet du partenariat entre la CPAM CCSS CGSS XXXXX et la PASS de ville de XXXX est de :*

* *Etablir / Consolider (*à adapter*) les collaborations entre la caisse de XXX et la PASS de ville de XXX,*
* *Offrir aux employés/bénévoles de la PASS de ville un contact privilégié au sein de la caisse, et organiser des modalités de traitement des situations d’assurés accompagnés par la PASS de ville,*
* *Faciliter l’accès aux droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, Aide Médicale de lEtat…) des personnes accueillies par la PASS de ville,*
* *Favoriser l’accès aux soins de ces mêmes personnes, voire leur proposer un accompagnement social le cas échéant, quand leur situation le permet.*

# *Article 2 - Publics concernés*

*Sont concernées par cette convention, toutes les personnes, prises en charge par la PASS de ville de XXX, en* ***situation de fragilité sociale et / ou présentant des besoins de soins*** *et des difficultés d’accès aux droits, aux soins, et à la santé.*

# *Article 3 - Référents de la convention*

*Afin de fluidifier les relations et de garantir son effectivité, chaque partie à la présente convention désigne un référent / des référents et s’engage à en tenir la liste à jour.*

*Il s’agit de XXXXX pour la CPAM CCSS CGSS.*

*Et de XXXX pour la PASS de ville.*

Préciser les modalités de contacts : téléphonique + email

# *Article 4 - Engagements des parties*

***4.1 La CPAM CCSS CGSS de XXX s’engage à****:*

***Information***

* *Assurer la formation et l’information des intervenants de la PASS de ville sur les dispositifs d’accès aux droits, aux soins, et à la santé sur les prestations de l’Assurance Maladie et leurs évolutions règlementaires, ainsi que sur le service social, les campagnes de prévention, les services en ligne et les ateliers d’inclusion numérique de l’Assurance Maladie.*
* *Mettre à disposition les formulaires d’ouverture de droits et autres (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME, déclaration de médecin traitant, etc….). Ils sont aussi disponibles à la page ‘formulaires’ du site ameli :* [*https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/recherche-formulaire*](https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/recherche-formulaire) *(*lien à adapter selon les organismes*).*
* *Mettre à disposition de la PASS de ville, les supports de communication, ou d’information dédiés (dépliants, affiches, liens internet, simulateurs de droits, vidéos…), utiles pour informer les personnes prises en charge des différentes prestations, offres de services et accompagnements de la caisse.*

***Ouverture de droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME)***

* *Instruire les dossiers de demande de droits transmis par la PASS de ville dans un délai maximum de 30 jours, et notifier à l’assuré les suites de l’instruction.*

*Potentiellement, et selon les possibilités de la caisse, un agent de caisse peut être délégué dans la PASS de ville pour une collaboration sur les dossiers d’ouverture de droits (*contenu, fréquence, localisation à définir entre les parties si cette modalité est retenue*)*

***Difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignement du numérique, besoin d’accompagnement social***

* *Faire bénéficier aux assurés en situation de difficulté de soins, de renoncement aux soins, éloignés du numérique, d’un accompagnement attentionné et individuel par la Mission accompagnement santé (cf. annexe 2) de la caisse :* 
  + CPAM : fournir dans l’annexe les modalités de saisine des Misas
* *Faire bénéficier aux assurés en situation de fragilité sociale, d’un accompagnement social par le service social de l’Assurance Maladie en le signalant dans le formulaire de saisine de la Mission accompagnent santé (non applicable aux bénéficiaires de l’AME), cf. annexe 3.*

***Relation partenariale***

* *Mettre à disposition une organisation permettant une relation clients fluide, par exemple une adresse email générique dédiée, ou tout autre canal dédié, pour les échanges* ***sans*** *données à caractère personnel.* 
  + CPAM CCSS GCSS : détailler les modalités de contacts*.*
* *Mettre à disposition un canal d’échanges sécurisés pour les données à caractère personnel (serveur sécurisé, extranet sécurisé local ou Espace Partenaires …).*
  + CPAM CCSS GCSS : détailler les modalités*.*

***Pilotage régulier de la collaboration et recours***

* *Partager de manière régulière (*régularité à définir entre les parties*) les statistiques concernant le traitement des dossiers et leurs états d’avancement.*
* *Décrire les voies de recours (*à adapter selon les CPAM*).*

***4.2 La PASS de ville de XXXX s’engage à :***

***Information***

* *Suivre les séances d’informations proposées par la caisse sur les prestations, les accompagnements et les dispositifs d’accès aux droits, aux soins, et à la santé.*

***Ouverture de droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME)***

* *Accompagner, voire aider, les personnes accueillies dans la PASS de ville, dans la constitution et la complétude de leur dossier en utilisant les outils mis à disposition par la caisse :*
* *« www.ameli.fr » qui permet d’obtenir des informations et de télécharger les imprimés de demande de droits ou prestations,*
  + - [*https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite*](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite)
* *Les supports de communication fournis par la caisse.*
* Autres selon la CPAM
* *Transmettre le plus rapidement possible à la caisse les dossiers complets pour instruction par cette dernière.*

***Dépôt des primo-demandes d’AME***

*Dans le cadre de l’accompagnement qu’elle propose aux publics précaires qu’elle reçoit, la PASS de ville peut recevoir les premières demandes d’AME et les transmettre à la CPAM (*Décret n°2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d’aide médicale de l’Etat (AME)*).*

*Dans ce cadre, la PASS de ville s’engage, pour chaque dossier, à :*

* *Recueillir l’identité de la personne qui dépose le dossier,*
* *Veiller à la conformité et à la complétude du dossier,*
* *Fournir une attestation de dépôt au demandeur,*
* *Le cas échéant, fournir un justificatif de soins pour les demandes de prise en charge rétroactive afin que le droit puisse être ouvert à une date antérieure au dépôt de la demande d’AME*
* *Compléter un document destiné à la CPAM et permettant de tracer la date et l’organisme de dépôt.*

*Pour permettre à la PASS de ville d’assurer cette mission, la CPAM CCSS GCSS s'engage à :*

* *Dispenser aux personnels habilités de la PASS de ville une formation continue sur l’AME et ses évolutions réglementaires,*
* *Mettre à disposition de la PASS de ville les outils nécessaires à une gestion optimale du partenariat (fiche accueil, accusé réception, liste de pièces justificatives exigibles…),*
* *Mettre à disposition de la PASS de ville les supports de formation dédiés permettant de délivrer une information adaptée.*

*La transmission du dossier à la CPAM doit intervenir dans un délai maximum de 8 jours. Les parties conviennent des modalités de transmission suivantes :* courrier / Espace Partenaires, à décrire par la CPAM.

***Difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignement du numérique, besoin d’accompagnement social***

* *Orienter vers la Mission accompagnement santé de la caisse, à l’aide du formulaire de détection (papier ou dématérialisé), les personnes accueillies en situation de difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignés du numérique, ou en forte fragilité sociale.*

***Relation partenariale***

* *Utiliser exclusivement les canaux de contacts définis entre les parties.*

# *Article 5 - COPIL, suivi et évaluation du partenariat*

*Un comité de pilotage (COPIL) est mis en place par les parties, afin qu’elles présentent un point d’étape de leur collaboration. Il se réunit annuellement et est composé, a minima, des référents désignés conformément à l’article 3. Il s’attache à partager les bilans quantitatif et qualitatif des parties sur la coopération mise en œuvre, et analyse les éléments suivants :*

* *Nombre de personnels de la PASS de ville formés par la caisse,*
* *Volume des dossiers de demandes transmis par la PASS de ville,*
* *Répartition de ces dossiers par prestations (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME),*
* *Nombre d’orientations vers la Mission accompagnement santé,*
* *Délai d’ouverture des droits (PUMa et C2S)*

*Concernant les primo-demandes d’AME réceptionnées en PASS de ville, le bilan porte a minima sur le/la:*

* *Volume de dossiers de primo-demandes d’AME transmis par la PASS de ville à la caisse,*
* *Délai de transmission des dossiers à la CPAM,*
* *Répartition de ces dossiers selon le résultat de l’instruction (accord, refus, demande de pièces complémentaires),*
* *Délai d’ouverture des droits*
* *Recensement des difficultés ou des bonnes pratiques…*

Les parties peuvent compléter cette liste selon leurs besoins et la faisabilité du suivi.

*Ces réunions permettent également d’échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées, et de définir conjointement de nouvelles pistes de travail ou d’organisation.*

Ce COPIL peut être un COPIL dédié caisse-PASS, ou être partie prenante du COPIL multi-partenaires que la PASS de ville organise chaque année (organisation à définir en local).

# *Article 6 - Protection des données personnelles et confidentialité des informations*

*La mise en œuvre de cette convention se réalise dans le respect de la protection des données à caractère personnel, décrit en annexe 1.*

# *Article 7 - Propriété intellectuelle*

*Chaque partie assure qu’elle détient les droits de propriété intellectuelle sur les éléments (supports d’information et de communication, expertise, données, fichiers, matériels, logos, vidéos, etc…) qu’elle met à disposition dans le cadre de l’exécution de la présente convention.*

*Dans les cas où l’une des parties souhaite diffuser les travaux d’expertises, d’études ou d’analyses, menés par une autre, sans modification de la forme ou du fond, elle en informe au préalable l’autre partie par écrit, avant toute diffusion des dits travaux, et mentionne leur origine.*

# *Article 8 - Sécurité et confidentialité*

*Les parties s’engagent à tenir confidentielles, tant pendant la durée de la présente convention qu’après son expiration, toutes informations confidentielles dont elles ont eu connaissance, sauf autorisation expresse et préalable de la partie concernée.*

# *Article 9 - Durée, date d’effet, modification et résiliation de la convention*

*La présente convention prend effet à la date de signature des parties. Elle est conclue pour* ***une durée d’un an, renouvelable par tacite reconduction.***

*Toutefois, la présente convention peut être dénoncée dans les 3 mois avant la date anniversaire, par lettre recommandée, avec accusé de réception de l’autre partie.*

*Toute modification de la présente convention, ou de ses annexes, ne peut être prise en compte, qu’après la signature d’un avenant, écrit et signé par le représentant, dûment qualifié, de chacune des parties.*

*Les parties peuvent prononcer la résiliation immédiate de la présente convention, sans indemnité, en cas de violation du secret professionnel ou de non-respect des dispositions précitées ou de ses annexes.*

**Fait à , le en 2 exemplaires,**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Le Directeur de la CPAM CCSS CGSS de xxx,***  ***M/Mme xxx*** | ***Le Directeur de la PASS de ville de xxx***  ***M/Mme xxx*** |

***Annexe 1***

***Protection des données personnelles dans le cadre***

***de l’accès aux droits, aux soins, à la santé***

***1 - Conformité informatique et libertés et protection des données à caractère personnelles***

*Les parties à la présente convention s’engagent à respecter, en ce qui les concerne, les dispositions du Règlement (UE) 2016-679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et celles de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.*

***2 - Responsabilité des parties à la convention***

*Dans le cadre de la présente convention, la PASS de ville traite des données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement, l’Assurance Maladie.*

*L’Assurance Maladie est responsable des traitements de données nécessaires à la mise en œuvre de la présente convention par la PASS de ville.*

*Chacune des parties s’engage à communiquer les coordonnées de son délégué à la protection des données (DPO), et à tenir à jour la documentation nécessaire à la preuve de la conformité du traitement (registre des traitements, documentation nécessaire à la preuve de la conformité).*

*DPO de la PASS de ville : xxx*

*DPO de la CPAM CCSS CGSS : xxx*

***3 - Description des traitements effectués par le partenaire***

*La PASS de ville est autorisée à traiter, pour le compte et au nom du responsable du traitement, l’Assurance Maladie, les données à caractère personnel nécessaires pour la collaboration décrite dans cette convention.*

*Les personnes concernées par le traitement de leurs données sont les assurés décrits à l’article 2.*

***4 – Engagement de chacune des parties***

*La PASS de ville s’engage à :*

*- Traiter les données uniquement pour la seule finalité prévue par la présente convention.*

*- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la présente convention, i.e. à ne pas divulguer les données à caractère personnel à d’autres personnes sans l’accord préalable de l’autre partie, qu’il s’agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales.*

*- Ne pas vendre, céder, louer, copier ou transférer les données à caractère personnel sous quelque raison que ce soit sans obtenir l’accord explicite préalable de l’autre partie.*

*- Mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité de nature à éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des données à caractère personnel.*

*- Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel en vertu de la présente convention :*

*• s’engagent à respecter la confidentialité ou soient soumises à une obligation légale de confidentialité ;*

*• reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel.*

*- Informer au plus tard dans les 48 heures la CPAM CCSS CGSS de toute suspicion de violation de données à caractère personnel, accidentelle ou non, et de tout manquement à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel.*

*- Mettre à la disposition de la CPAM CCSS CGSS toutes les informations nécessaires pour démontrer le respect des obligations.*

*Dans l’hypothèse où la PASS de ville aurait, elle-même, recours à de la sous-traitance, pour une ou diverses missions que la CPAM CCSS CGSS lui aurait confiées, et sous réserve qu’elle l’ait préalablement et formellement autorisée, la CPAM CCSS CGSS rappelle que lesdits sous-traitants sont tenus aux mêmes obligations précitées.*

*La PASS de ville demeure cependant pleinement responsable de l’inexécution de ses obligations.*

*La CPAM CCSS CGSS s’engage à :*

*- Fournir toute la documentation nécessaire à l’exercice de la mission déléguée au partenaire.*

*- Informer la PASS de ville de toute information pouvant impacter sa mission.*

*- Faire évoluer la relation partenariale en fonction des besoins et des bonnes pratiques identifiés.*

***5 - Exercice des droits des personnes***

*Les personnes concernées par les opérations de traitement recevront les informations requises, au moment de la collecte de données, lorsque ses données à caractère personnel sont collectées, ou dans les délais requis lorsque les données à caractère personnel n’ont pas été collectées auprès de la personne concernée, conformément aux articles 12 à 14 du RGPD.*

*La PASS de ville procède à l’information préalable des personnes, dans le cadre de l’accompagnement que la PASS de ville réalise pour elles.*

*Les personnes disposent d’un droit d’accès et de rectification à ces données, ainsi que d’un droit à la limitation ou à l’opposition à leur traitement mise en œuvre dans le cadre de cette convention. L’exercice de ces droits peut être effectué en contactant le DPO de la CPAM CCSS CGSS par courrier postal à l’adresse suivante : XXXXXXX*

***6 - Mesures de sécurité***

*La PASS de ville s’engage à transmettre, à la CPAM CCSS GCSS, toutes les données personnelles nécessaires à la présente convention, via échanges sécurisés uniquement, pas d’email libre.*

***7 - Sort des données***

*Au terme de la prestation de services relatifs la présente convention, la PASS de ville s’engage à détruire toutes les données à caractère personnel.*

***8 - Suspicion de violation de données à caractère personnel***

*En cas de suspicion ou de violation de donnée avérée, la PASS de ville s’engage à notifier le DPO de la CPAM CCSS CGSS. Il reviendra à la CPAM CCSS CGSS d’engager les actions nécessaires en fonction des risques engagés pour la vie privée des assurés. Cette notification est accompagnée de toute documentation utile, afin de permettre au responsable de traitement, si nécessaire, de notifier cette violation à l’autorité de contrôle compétente.*

***9 - Étude d’impact sur la vie privée (EIVP) et analyse de conformité***

*Dans le cadre de la présente convention, il revient au responsable du traitement de mettre en œuvre les mesures nécessaires propres à garantir la conformité du traitement. A cet effet, il est rappelé par chacune des parties que la PASS de ville a pour obligation d’aider le responsable du traitement au respect des obligations prévues aux articles 32 à 36 du RGPD.*

*Dans le cadre d’une EIVP, il reviendra au responsable de traitement de mener l’étude d’impact. Le partenaire s’engage à fournir toute la documentation nécessaire à la tenue de cette étude.*

***Annexe 2***

***Description du rôle des Missions accompagnement santé de l’Assurance Maladie***

[*https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/accompagnement-sante*](https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/accompagnement-sante)

*L'accès aux droits et aux soins se trouve au carrefour de différentes problématiques : le renoncement aux soins pour causes psychosociales, le coût des soins, les dépassements d'honoraires, l’accessibilité territoriale, la démographie médicale, l’illectronisme, la difficulté de compréhension du système de santé, de déplacement… qu'il convient de considérer conjointement pour apporter la réponse la plus efficace possible.*

*Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie œuvre 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. Des actions sont également conduites pour tenter d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Ces actions sont complétées par des opérations spécifiques à destination des assurés.*

*Les Missions accompagnement santé viennent compléter ces dispositifs. Ce sont des équipes en caisses locales spécifiquement consacrées, dans le cadre d’une approche holistique, à l’accompagnement des assurés fragiles : accompagnement personnalisé et intégré portant sur l’accès aux droits, l’accès aux soins, la promotion de la prévention et l’accès au numérique, quels que soient le mode et le motif initial de détection.*

*Cet accompagnement est, selon le contexte et les besoins identifiés, réalisé individuellement ou collectivement.*

*Les Missions accompagnement santé sont ainsi amenées à traiter de nombreuses situations entrainant des difficultés pour se faire soigner :*

* *L’assuré ne sait pas quelles démarches réaliser ni à qui vous adresser ;*
* *L’assuré n’a pas de complémentaire santé ou une couverture complémentaire inadaptée ;*
* *L’assuré a du mal à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé ;*
* *L’assuré doit avancer ou payer des sommes trop importantes ;*
* *L’assuré est isolé et a des difficultés pour se déplacer ;*
* *L’assuré est perdu dans les démarches en ligne (compte ameli, Mon espace santé, …) ;*
* *Etc….*

*L’accompagnement proposé par les Missions vise à trouver des solutions aux problèmes listés ci-dessus, conjointement avec l’assuré et dans une relation de confiance (échanges fréquents, actions concertées). Un conseiller suit l’assuré et ….*

* *Il réalise avec l’assuré un bilan de ses droits et de ses besoins ;*
* *Il l’oriente et l’aide pour ses démarches en lien avec sa santé (ouverture de droits, réalisation de soins, participation à des actions de prévention ou des ateliers d’inclusion numérique….).*

*Quels sont les bénéfices de cet accompagnement ?*

* *L’assuré est à jour de sess droits ;*
* *L’assuré s’oriente dans le parcours de soins, réalise les soins pour lesquels il avait des difficultés ;*
* *L’assuré est plus autonome dans ses démarches et le système de santé.*

*Cet accompagnement s’adresse à tous les types d’assurés et les personnes bénéficiaires de l’AME. La PASS de ville, quand elle détecte une situation amenée à être solutionnée par une Mission accompagnement santé, signale l’assuré via les formulaires conforme RGPD (papier ou dématérialisé via Espace Partenaires) à la caisse. Cette dernière prend le relai dès réception en recontactant l’assuré et en mettant en place l’accompagnement dont il a besoin.*

CPAM : préciser les adaptations locales + modes de saisine

***Annexe 3***

***Description du rôle du Service social de l’Assurance Maladie***

[*https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/service-social*](https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/service-social)

*Le service social de l’Assurance Maladie accompagne les assurés du régime général vulnérabilisés par des problèmes de santé ayant d’importantes répercussions sur la vie sociale, familiale et professionnelle.*

*Les interventions du service social de l’Assurance Maladie visent à :*

* *Sécuriser les parcours en santé des assurés confrontés à des problématiques sociales complexes, et dont l’état de santé à des conséquences sur la vie sociale, familiale et professionnelle.*
* *Prévenir la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail.*

*Il intervient prioritairement après sollicitation des services institutionnels (mission accompagnement santé, centre d’examens de santé, service médical…) et des partenaires externes (CCAS, associations, hôpitaux…), lesquels auront apporté à la personne bénéficiaire un premier niveau de réponse et de service (notamment d’ordre administratif). Son expertise est requise sur la prise en charge des problématiques sociales complexes liées à la maladie.*

*L’orientation vers le service social concerne :*

* *Les assurés du régime général (1), bénéficiaires ou non d’une ALD (exonérante ou non), âgés de 18 ans et plus (16 ans en cas d’émancipation ou pour les situations d’apprentissage), ayant un état de santé qui génère des bouleversements et une incidence sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale, susceptible de les fragiliser :*
* *Qui ont exprimé une demande au regard des problématiques qu’ils rencontrent ;*
* *Et qui présentent au moins l’un des 6 items de fragilité sociale.*

***Les six items permettant de repérer la fragilité sociale liée à l’état de santé :***

*1. L’assuré est isolé et ne bénéficie pas de l’aide de son entourage en cas de besoin □*

*2. L’assuré rencontre des difficultés dans sa gestion de la vie quotidienne du fait de son état de santé (perte d’autonomie, conséquences sur la vie sociale, familiale, professionnelle) □*

*3. L’assuré exprime des inquiétudes liées à sa santé (perte d’autonomie, impact de la maladie, traitement…) □*

*4. La situation financière de son foyer risque d’être déstabilisée par la maladie (perte de revenu) □*

*5. L’assuré à des tiers à charge (personnes âgées, handicapées) □*

*6. L’assuré n’arrive pas à effectuer les soins nécessaires du fait de freins sociaux, culturels et psychosociaux complexes (comportements de santé, habitude de vie…) □*

***Public non concerné*** *par les offres de service du service social de l’Assurance Maladie :**Les assurés déjà pris en charge dans le cadre des dispositifs spécifiques des MDPH et/ou des conseils départementaux (APA, RSA..) ; Les assurés pris en charge dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ; Les assurés rencontrant une problématique liée uniquement à une difficulté administrative (ex : prestations non réglées, etc.).*

***Annexe 4***

***Espace Partenaires***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Convention d’utilisation dans document joint.*

1. Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale [↑](#footnote-ref-2)
2. Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale [↑](#footnote-ref-3)
3. Article L. 115-6 et R 111-3 du code de la sécurité sociale [↑](#footnote-ref-4)
4. Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale [↑](#footnote-ref-5)
5. 5e alinéa de l’article L. 861-5 du code de la sécurité sociale [↑](#footnote-ref-6)
6. Article L 251-1 du code de l’action sociale et des familles [↑](#footnote-ref-7)
7. Article 44-1 du décret n°54-883 du 2 septembre 1954 modifié par l’article 2 du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France. [↑](#footnote-ref-8)
8. Article D 252-2 du code de l’action sociale et des familles [↑](#footnote-ref-9)