



N°11/2021

Date : 04/03/2021

Conditions de prise en charge des frais de santé des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

Madame, Monsieur, Docteur,

L'AME permet la prise en charge à 100% (sur la base des tarifs de remboursement de la sécurité sociale) des actes et prestations dispensés en ville ou à l'hôpital (frais de médecine, pharmacie, biologie, transports, etc).

Exceptions : pour les majeurs, ne sont pas pris en charge les médicaments à 15%, les actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, les cures thermales.

A compter du 1er janvier 2021, la prise en charge de certains frais de santé non urgents est subordonnée, pour les majeurs, à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME de 9 mois.

Quelles sont les prestations concernées par la condition d'ancienneté ?

Voir article R 251-3 du Code de l'action sociale et des familles :

1 - Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :

- Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
- Libérations du médian au canal carpien ;
- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
- Allogreffes de cornée ;
- Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;
- Rhinoplasties ;
- Pose d'implants cochléaires ;
- Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
- Interventions pour oreilles décollées ;
- Prothèses de genou ;
- Prothèses d'épaule ;
- Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
- Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
- Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- Gastroplasties pour obésité ;
- Autres interventions pour obésité ;

2 - Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
- les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°

Comment identifier si le patient remplit la condition d'ancienneté de 9 mois :

La carte AME est valable 12 mois. Une nouvelle carte est délivrée à chaque renouvellement.

Pour savoir si un patient bénéficiait déjà de l'AME avant le droit en cours, il faut se référer au code contrat. Un code contrat 05 ou 06 signifie que le bénéficiaire était précédemment couvert par l'AME et remplit la condition d'ancienneté

CARTE INDIVIDUELLE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

RECIMIN

Nom **DURAND**
Prenom **NATHALIE**
Immatriculation **0000000000000000**
Date de naissance **01/01/1901**
Droits AME du **01/01/2020** au **31/12/2020**

Prestations prises en charge	Caisse d'assurance maladie	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale Forfait journalier en cas d'hospitalisation.	CPAM ALLIER (02) 095-031-8671	095	75500017	04

Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME majeurs: médicaments à 15%, actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.

04
ou
05
ou
06

En présence d'un code 04 et d'un droit AME ayant débuté depuis moins de 9 mois à la date envisagée de réalisation des prestations sous condition, le professionnel de santé doit soit reporter les soins soit adresser une demande d'accord préalable.

Dérogation à la condition d'ancienneté :

Lorsque l'absence de réalisation des prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, leur prise en charge est accordée après accord préalable du service médical.

La demande de prise en charge dérogatoire est à réaliser par le prescripteur sur le formulaire spécifique¹ qui doit être envoyé par voie dématérialisée au service médical, via une messagerie sécurisée, à l'adresse suivante : ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr

L'avis du service médical est transmis au professionnel de santé par le même canal de messagerie sécurisée qui le tient à disposition du bénéficiaire.

L'absence de réponse du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge. L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

Bien Cordialement,

La Responsable du Département Santé

Virginie PASQUIER