

AIDE MÉDICALE ÉTAT

L'Aide médicale État (AME) est la forme résiduelle du dispositif de l'aide sociale en matière de protection maladie. Réformée par la loi CMU de 1999, elle n'est plus destinée qu'aux étrangers (démunis) exclus de la Sécurité sociale parce qu'ils ne remplissent pas la condition de « résidence régulière ». L'AME « de droit commun » constitue la protection maladie des étrangers sans titre de séjour et démunis financièrement. L'AME « sur décision du ministre » est traitée [p. 250](#) dans la partie « Condition de résidence ». Le Dispositif des « soins urgents et vitaux » (DSUV) qui est un système de repêchage pour les non-bénéficiaires de l'AME, est traité [p. 179](#). Le bénéfice de l'AME donne droit à des réductions tarifaires dans les transports en commun.



Voir aussi Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202

Réforme de la loi et ticket modérateur

La loi de finances rectificative de 2002 a introduit une réforme majeure de l'AME en laissant un ticket modérateur ainsi qu'un forfait journalier hospitalier à la charge du bénéficiaire. Toutefois, en mars 2013, ces dispositions n'étaient pas appliquées en raison de la non parution du décret d'application.

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION DE L'AIDE MÉDICALE ÉTAT (AME) DE DROIT COMMUN

- **L'AME est réservée aux étrangers démunis financièrement, en séjour irrégulier, « résidant » en France depuis plus de trois mois** et qui sont exclus de l'assurance maladie, en raison précisément d'un séjour non régulier. Attention : la frontière entre séjour régulier et irrégulier est précisée par la réglementation sur l'assurance maladie (*voir infra et Condition de régularité, p. 214*). Les étrangers disposant d'un titre de séjour précaire et/ou de courte durée relèvent de l'assurance maladie et pas de l'AME (pour les demandeurs d'asile, *voir p. 276*).

Article L 251-1 CASF

Rédaction issue de la loi de finances rectificative du 16 août 2012

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380 1 du Code



de la Sécurité sociale [affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence dite « CMU de base »] et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L 861 1 de ce code [plafonds CMU C], a droit, pour lui même et les personnes à sa charge au sens de l'article L 161 14 et des 1° à 3° de l'article L 313 3 de ce code, à l'Aide médicale État.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'Action sociale, bénéficier de l'Aide médicale État dans les conditions prévues par l'article L 252 1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L 251 2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'Aide médicale État, dans des conditions définies par décret.

- **Les ressortissants français** ne relèvent jamais de l'AME de droit commun (sauf en garde à vue), mais peuvent bénéficier de l'AME sur décision du ministre (*voir p. 250*).

- **L'AME est une prestation sous condition de ressources.**

Les étrangers dont les ressources dépassent le plafond annuel fixé pour la complémentaire CMU (*voir p. 251*) et en séjour irrégulier sont donc exclus de toute protection maladie en France (sauf pendant une éventuelle période de maintien des droits à l'assurance maladie). En cas de soins urgents et vitaux délivrés à ces personnes, les établissements de santé peuvent demander le bénéfice du DSUV (*voir p. 179*).

- **L'AME est une prestation d'aide sociale**, définie aux articles L 251 1 et suivants du CASF (Code de l'action sociale et des familles). L'aide sociale n'intervient qu'à titre subsidiaire, c'est à dire après que l'intéressé a fait valoir ses droits aux assurances sociales (assurance maladie) et à la solidarité familiale (obligation alimentaire).

- **L'AME n'est pas une prestation de Sécurité sociale.** Ainsi, les bénéficiaires ne sont pas considérés comme assurés sociaux, ce qui entraîne les conséquences suivantes :

- la procédure d'immatriculation est spécifique et ne donne pas lieu à l'édition d'un numéro de Sécurité sociale définitif (*voir Justification de l'état civil et immatriculation, infra, p. 245*);
- les règles de droit applicables sont celles du Code de l'action



sociale et des familles et non pas celles du Code de la Sécurité sociale, et le contentieux est un contentieux administratif spécialisé (*voir infra, p. 244*);

le bénéficiaire de l'AME n'a pas de carte SESAM Vitale (*voir p. 261*);

les soins pris en charge ne sont pas identiques à ceux d'un assuré social (*voir p. 259*).

• **L'AME n'est pas un droit acquis.** Le principe de subsidiarité implique théoriquement que l'administration puisse réviser des décisions antérieurement prises, en vue d'une « récupération » des sommes avancées par la collectivité, en cas de retour de l'intéressé à meilleure fortune, ou sur sa succession, ou encore sur ses obligés alimentaires (conjoint, ascendants et descendants directs...).

• **Le principe « déclaratif » a été supprimé** par le décret n° 2005 859 du 28 juillet 2005 qui a modifié le décret du 2 septembre 1954. Mais la liste des pièces à fournir, détaillée à l'article 4 du décret n° 2005 860 du 28 juillet 2005, doit permettre de résoudre les situations délicates où les personnes précaires n'ont que peu de justificatifs écrits.

• **Domiciliation :** les personnes sans domicile stable doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé (*voir p. 135*) et joindre à leur demande d'AME copie de leur attestation de domiciliation administrative en cours de validité.

• **Où demander ?** La caisse primaire d'assurance maladie (en France métropolitaine) ou la caisse générale de Sécurité sociale (dans les DOM sauf Mayotte) est chargée de l'instruction des demandes, par délégation du préfet. **En principe, la demande doit être faite au centre de Sécurité sociale de quartier (CSS),** selon l'adresse de son hébergement ou de sa domiciliation.

La loi de finances rectificative du 16 août 2012 (modification de l'article L252 1 CASF) a rétabli la **possibilité de dépôt des demandes dans les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les services sanitaires et sociaux du département ou les associations ou organismes à but non lucratif agréés** (possibilité supprimée un temps par la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration). L'organisme doit transmettre le dossier dans un délai de 8 jours à la caisse.

ATTENTION

Certaines CPAM/CGSS ne respectent pas ce principe et refusent de recevoir les demandes d'AME dans les centres de Sécurité sociale de quartier (CSS). Les étrangers sans papiers sont renvoyés soit vers des guichets spécifiques de la caisse, soit encore vers le centre communal d'action sociale (CCAS) de la mairie. Il faut se renseigner département par département auprès de la caisse (par exemple, via la plate forme téléphonique de la caisse au 36 46, ou n° en 0800).



• **Les recours doivent être portés devant la commission départementale d'aide sociale** (à la DDCS, ex Ddass) et non devant la commission de recours amiable de la caisse ni devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale. L'instance d'appel est la Commission centrale d'aide sociale (8, avenue de Ségur 75350 PARIS 07 RP, 01 53 86 14 01) et la juridiction de cassation est le Conseil d'État (1, place du Palais Royal 75100 PARIS 01 SP, 01 40 20 80 00).

Tableau récapitulatif des textes applicables en matière d'AME

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)** modifié par : loi de finances rectificative 2002 du 30 décembre 2002; loi de finances rectificative 2003 du 30 décembre 2003; loi de finances pour 2011 du 29 décembre 2010; loi du 16 juin 2011 sur l'immigration; loi de finances rectificative 2012 du 16 août 2012 : articles L 251 1 et suivants (définition de l'AME et conditions générales d'accès); articles L 111 1 et L111 2 (condition de résidence en France)
- **Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954** modifié par le décret n° 2005 859 du 28 juillet 2005 (procédures et conditions d'accès à l'aide sociale) : titre IV, article 40 et suivants
- **Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005** relatif aux modalités d'admission des demandes d'Aide médicale État
- **Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011** relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide médicale État ainsi qu'au droit au service des prestations (réduction du panier de soins)
- **Arrêté du 10 juillet 2009** relatif au titre d'admission au bénéfice de l'Aide médicale État
- **Circulaire ministérielle n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale État**
- **Circulaire ministérielle du 8 septembre 2011 n° DSS/2A/2011/351** relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs)
- **Convention État-Cnamts soins urgents du 21 juin 2011**
- **Avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981** (Définition de la résidence habituelle en France)
- **Texte obsolète suite à la loi de finances rectificative de juillet 2012** : circulaire ministérielle du 16 février 2011 n° DSS/2A/2011/64/2005/407 relative à la mise en œuvre du droit de timbre annuel
- **Texte abrogé** : circulaire ministérielle DAS n° 2000/14 du 10 janvier 2000



JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ ET IMMATRICULATION

- Selon l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie :

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

1° Pour la justification de son identité et de celle des personnes à sa charge, l'un des documents énumérés ci après :

- a) le passeport;
- b) la carte nationale d'identité;
- c) une traduction d'un extrait d'acte de naissance effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité;
- d) une traduction du livret de famille effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité;
- e) une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu;
- f) tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à sa charge.

- Cette liste est précisée par la circulaire du 27 septembre 2005.

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale État

Le décret n° 2005 860 dispose que le demandeur et chacune des personnes à sa charge doivent justifier de leur identité. Lorsqu'ils souhaitent le faire au moyen d'un extrait d'acte de naissance (c) du 1°) ou d'un livret de famille (d) du 1°), la production d'une traduction n'est pas nécessaire lorsqu'il est possible de s'assurer directement, à partir du document rédigé dans la langue étrangère, des noms, prénoms, dates et lieux de naissance prévus par le formulaire de demande.

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



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

• **L'extrait d'acte de naissance n'est pas un document obligatoire**, bien que de nombreuses caisses le réclament systématiquement dans la liste des pièces à fournir en vue d'une demande d'AME. C'est ce que rappelle la circulaire ministérielle du 8 septembre 2011.

Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs)

S'agissant de la justification de l'identité du demandeur et de ses éventuels ayants droit, le 1° de l'article 4 du décret du 28 juill. 2005 précité énumère plusieurs documents pouvant être produits à cette fin, tels que le passeport ou la carte d'identité, ou bien encore, la copie d'extrait d'acte de naissance traduit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité. Cette liste n'étant pas cumulative, le défaut de production d'une copie d'extrait d'acte de naissance n'invalide pas la demande et n'empêche donc pas l'admission à l'AME du demandeur ainsi que des personnes à sa charge dès lors que l'un des autres documents énumérés est produit par le demandeur.*

• **Immatriculation.** Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux et ne sont donc pas immatriculés au sens de l'assurance maladie. Si le nouveau postulant à l'AME n'a jamais eu précédemment de matricule de Sécurité sociale (*voir Les différents types d'immatriculation, p. 221*), la caisse ne mettra pas en route une demande d'immatriculation selon la procédure nationale Insee/Sandia (*voir p. 221*). La caisse attribuera au demandeur un matricule provisoire à 13 chiffres sur le format d'un numéro identifiant d'attente (NIA, commençant par le chiffre 8 ou 7). En revanche, si la personne a déjà obtenu, par le passé, un matricule de Sécurité sociale définitif (NIR), c'est sous ce numéro qu'elle sera identifiée comme bénéficiaire de l'AME.



CONDITION DE RÉSIDENCE HABITUELLE EN FRANCE, D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE ET D'IRRÉGULARITÉ DU SÉJOUR

• **La condition de « résidence habituelle » en France** est une notion générale (*voir Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202*) qui est imposée par l'article L111 1 CASF pour toute prestation d'aide sociale dont l'AME. Le Conseil d'État a été amené à préciser cette notion par un avis de principe en date du 8 janvier 1981 (*voir p. 204*). Cette notion ne fait pas référence à l'ancienneté de la présence en France mais à la nature des liens qui unissent le demandeur à la collectivité. Ne remplissent pas cette condition les étrangers « de passage ». En pratique, les caisses se concentrent essentiellement sur le contrôle de l'ancienneté de présence de 3 mois, notamment au moment du renouvellement, ce qui pose des problèmes spécifiques (*voir infra*).

• **La circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 précise les documents utilisés.**

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale État

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

• **Trois mois d'ancienneté de séjour en France.** L'article L 251 1 CASF impose depuis le 1^{er} janvier 2004 un stage préalable en France de 3 mois ininterrompus pour le demandeur d'AME. **Attention : aucun texte n'impose un tel délai pour le rattachement d'un membre de famille** (*voir la lettre de l'article L 251-1 CASF, in extenso, p. 166, et le 2^o de l'article 4 du décret 2005-860*



du 28 juill. 2005 reproduit infra). Un étranger en France depuis moins de 3 mois n'est donc pas éligible à l'AME sauf :

s'il est mineur (*arrêt du Conseil d'État n° 285576 du 7 juin 2006 annulant partiellement le décret n° 2005 859 du 28 juillet 2005*);

s'il rejoint un membre de famille bénéficiaire de l'AME dont il est à la charge. Ce dernier point est souvent méconnu des caisses.

• **Justificatifs.** Selon l'article 4 du décret n° 2005 860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie.

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

2° Pour la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français du demandeur, le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France figurant sur son passeport ou, à défaut :

a) une copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois ou d'une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois;

b) un avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, à la taxe foncière ou à la taxe d'habitation;

c) une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois;

d) une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique;

e) une attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois;

f) si la personne est sans domicile fixe, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé en application de l'article L 252 2 du Code de l'action sociale et des familles et datant de plus de trois mois;

g) tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

La Cnamts a édicté une règle selon laquelle le demandeur doit produire au moins un document établissant sa présence en France daté de plus de 3 mois et de moins de 12 mois,



à la date de dépôt du dossier (par exemple : Cnamts, lettre réseau, LR DDO 22/2008 du 30 janv. 2008 annexe 1, p. 1/3).

• **Le renouvellement de l'AME pose parfois des difficultés.**

En effet, l'instauration d'une condition d'ancienneté de présence en France conduit les caisses, à l'occasion du renouvellement du droit, à exiger la justification des trois derniers mois de présence en France, quand bien même l'étranger est résident de longue durée. Cette pratique est contraire à la notion de résidence habituelle en France et constitue un frein important à l'accès à la prestation, les « sans papiers » ayant des difficultés spécifiques pour fournir de tels justificatifs. Dans ce cas, on peut notamment rappeler les indications de la circulaire du 27 septembre 2005 qui précise que :

(point 2.3) : « Une personne qui prouve sa résidence en France par un document datant de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition. En conséquence, il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence en France » ;

(point 2.5) : « la justification des conditions d'admission en cas de demande de renouvellement du droit : la demande de renouvellement elle même constitue un document de nature à présumer, au sens du g) du 2° de l'article 4 du décret n° 2005 860, que la condition de résidence ininterrompue pendant 3 mois est remplie ».

• **Une « condition » de résidence irrégulière (voir aussi Assurance maladie, p. 211).** L'AME est la seule prestation de droit français spécifiquement limitée aux étrangers en séjour irrégulier (voir *Sans papiers mais pas sans droits, 6^e édition, juillet 2013, Les notes pratiques, Gisti*). Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) indique que l'AME de droit commun est attribuée aux étrangers qui ne remplissent pas la condition de titre de séjour imposée pour accéder à l'assurance maladie par la « CMU de base » (voir *art. L 251-1 CASF, in extenso, p. 241*). C'est donc une définition a contrario qui concerne en pratique les étrangers sans titre de séjour en cours de validité et sans relation avec l'autorité préfectorale. La « preuve du séjour irrégulier » peut paradoxalement poser des difficultés, les caisses demandant, sans base textuelle, soit la copie des décisions de refus de séjour de la préfecture soit, parfois, la décision de l'Ofpra ou de la CNDA refusant le statut de réfugié (dans ces deux derniers cas, il faut informer l'utilisateur que les règles de confidentialité l'autorisent à ne pas fournir/masquer les pages/passages mentionnant les éléments biographiques du récit d'asile).



Une déclaration sur l'honneur, y compris sur un modèle vierge fourni par la caisse, permet d'attester qu'il n'y a pas de démarche préfectorale en cours.

• **Lorsque la condition d'ancienneté de présence en France n'est pas remplie**, le Dispositif des « soins urgents et vitaux » (voir p. 179) permet, sous certaines conditions (notamment visa expiré, gravité de l'état de santé), la prise en charge ponctuelle de frais hospitaliers d'étrangers nouvellement arrivés en France et ayant vocation à y vivre durablement.

• **Lorsque la condition de résidence habituelle en France n'est pas remplie**, l'Aide médicale État sur décision du ministre, parfois appelée « aide médicale humanitaire », permet aux pouvoirs publics de prendre en charge, au titre de l'AME, les frais de santé d'une personne (étrangère ou française) **présente** sur le territoire français **sans y résider** (art. L 251 1, 2^e al. CASF). Cette disposition concerne notamment les personnes venues se faire soigner en France. Le pouvoir de décision de l'administration est discrétionnaire, puisque le code précise qu'il s'agit d'une « possibilité », si « l'état de santé [du requérant] le justifie ».

La demande argumentée d'Aide médicale État sur décision du ministre doit être adressée :

Pour un étranger déjà présent en France, à :
Mme/M. le Directeur départemental de la Cohésion sociale [DDCS, ex Ddass] du département de résidence
Pour un étranger hors de France, à :
Mme/M. la/le ministre des Affaires Sociales et de la Santé [dénomination pouvant changer selon les gouvernements]
Direction générale de la Cohésion sociale
Sous direction de l'Inclusion sociale, de l'Insertion et de la Lutte contre la pauvreté
Bureau des minima sociaux
Adresse postale : 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP
Bureaux : 11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, Paris 14^e

En cas de rejet écrit (rare) ou implicite (2 mois sans réponse de l'administration), le requérant a toutefois la possibilité de former un recours contentieux devant le tribunal administratif de Paris, seul compétent selon la jurisprudence du Conseil d'État.



CONDITION DE RESSOURCES

• **L'accès à l'AME est gratuit.** Le droit annuel de 30€ par adulte, créé par la loi de finances du 29 décembre 2010 a été supprimé à compter du 4 juillet 2012, par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

• **L'AME est une prestation sous condition de ressources,** c'est à dire réservée aux personnes dont les ressources des 12 mois précédant la demande sont inférieures à un plafond. Ce plafond est aligné sur celui qui est applicable en matière de complémentaire CMU. L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation. Les étrangers en séjour irrégulier qui dépassent le plafond ne disposent pas de dispositif équivalent à l'ACS, mais sont éligibles au DSUV (*voir infra*). Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et revenus des personnes qui seront également couvertes).

Plafond de ressources annuel en AME (idem complémentaire-CMU), selon la taille du foyer au 1^{er} janvier 2015

Pensez à vérifier les montants à jour, en consultant en ligne l'article D861-1 CSS sur Legifrance ou le site www.ameli.fr

Plafonds	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplém ^t
Métrop.	8 645	12 967	15 560	18 153	+ 3 457,807
DOM*	9 621	14 432	17 318	20 205	+ 3 848,539

* Ni la CMU C, ni l'AME ne sont applicables dans le département de Mayotte (ni dans les collectivités d'outre mer).

• **Composition du foyer, membres de famille, personnes à charge et ayants droit.** La réglementation AME n'utilise pas le terme d'« ayant droit » propre à l'assurance maladie, mais celui de « personnes à charge » dont la liste renvoie à une partie seulement des ayants droit d'un assuré (*voir infra*).

La réglementation différencie trois groupes de personnes qui, dans certains cas complexes, ne se recouvrent pas :

membres de famille pris en compte pour déterminer le plafond de ressources applicable au demandeur, en fonction de la composition de son foyer (foyer « CMU C »);

membres de famille dont les ressources sont ajoutées aux ressources du demandeur (foyer « ayants droit » au sens de l'assurance maladie);



membres du foyer couverts, au final, par l'AME du demandeur (foyer « ayants droit », diminué des membres de famille déjà assurés sociaux par ailleurs).

Dans les cas simples (tous les membres majeurs de la famille sont en séjour irrégulier), les trois foyers se superposent. La distinction est importante lorsque le demandeur en séjour irrégulier, avec des ressources dépassant le plafond, porte la charge d'un conjoint en séjour régulier et/ou des enfants, assurés sociaux sans ressources.

• **La détermination du plafond de ressources applicable au demandeur est fonction de la composition de son foyer au sens « foyer CMU-C ».** Ces règles n'excluent pas de prendre en compte des membres de famille en séjour régulier. En application du dernier alinéa de l'article 40 du décret du 2 septembre 1954 modifié : « *Le plafond de ressources [applicable en matière d'AME] est déterminé selon les conditions définies aux articles R 861 3 [détermination du plafond de ressources selon la composition du foyer CMU C] et R 861 8 [types de ressources prises en compte en CMU C] de ce code [Code de la Sécurité sociale].* » Il s'agit donc des règles de composition du foyer applicables en matière de complémentaire CMU (et non pas au sens des ayants droit de l'assurance maladie). Or le foyer CMU C est fixé par le 1^{er} alinéa de l'article R 861 2 qui précise : « *Le foyer mentionné à l'article L 861 1 [CMU C] se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune, de son concubin, des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité : 1^o les enfants et les autres personnes, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité.* »

Ainsi, aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit d'exclure, pour calculer le plafond AME, les membres du foyer, conjoint ou enfant à charge, en séjour régulier, bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie ou de la CMU C.

• **Personnes dont les ressources sont prises en compte (le foyer « ayants droit » au sens de l'assurance maladie) :**
« *Les ressources prises en compte pour l'admission à l'Aide médicale État [...] sont constituées par les ressources, telles que définies au deuxième alinéa du présent article, du demandeur*



ainsi que des **personnes à sa charge** au sens des articles L 161 14 et L 313 3 du Code de la Sécurité sociale. [...] » (1^{er} alinéa de l'article 40 du décret du 2 sept. 1954 modifié; voir également la circ. min. du 27 sept. 2005). Par référence aux articles L 161 14 et L 313 3 CSS, la liste des membres du foyer AME est identique à la liste des ayants droit en assurance maladie (*voir p. 263*), à l'exception de l'ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3^e degré ou allié au même degré, lesquels ont été exclus par la loi de finances pour 2011 (modification de l'article L 251 1 CASF).

• **Personnes dont les ressources ne doivent pas être prises en compte :**

les ressources des membres de famille non à charge ne doivent jamais être prises en compte (lecture a contrario du 1^{er} alinéa de l'article 40 du décret de 1954 modifié);

les ressources du conjoint (assuré social, donc en séjour régulier) d'un sans papiers ne sont pas incluses, article 4c de la convention État Cnam (de délégation de gestion de l'AME) du 17 octobre 2000 et circulaire du 27 septembre 2005 (point 2.4);

en aucun cas, les ressources de l'hébergeant ne peuvent être demandées, sauf si celui ci est par ailleurs à charge du demandeur (enfant du demandeur, conjoint du demandeur, essentiellement);

les obligés alimentaires (non à charge) n'ont pas à fournir le montant de leurs ressources (L 253 1 CASF) mais doivent être signalés lors de la demande (L 253 1 CASF et art. 43 du décret du 2 sept. 1954 modifié) : conjoint marié ne vivant pas au foyer; partenaire pacsé; ascendants et descendants en ligne directe sans limitation de degré, vivant ou non avec le demandeur; gendres et belles filles, limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés; beau père et belle mère, limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés.

• **Nature des ressources prises en compte.** « Les ressources prises en compte comprennent l'ensemble des ressources de toute nature, nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, perçues au cours de la période des douze mois civils précédant le dépôt de la demande. [...] » (art. 40 du décret du 2 sept. 1954 modifié).

• **Les avantages en nature.** Seul est pris en compte, dans le calcul des ressources, le fait d'être hébergé gratuitement. Cette évaluation est faite dans les mêmes conditions qu'en matière de complémentaire CMU (*voir p. 231*). Le fait de cocher la case concernant l'hébergement gratuit dans le formulaire Cerfa revient à augmenter le total des ressources déclarées (pécuniaires ou aides) dans la zone concernée du formulaire.



- **La période d'appréciation des ressources** : les 12 mois précédant la demande (art. 40 du décret du 2 sept. 1954 modifié). La disposition prévoyant la possibilité de tenir compte des seuls trois derniers mois en cas de modification dans la situation financière du demandeur a été supprimée par décret en juillet 2005, la circulaire du 27 septembre 2005 se contentant de préciser qu' « *une attention particulière sera accordée aux ressources perçues au cours des trois derniers mois* ».

- **Justificatifs à fournir**

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

3° Pour la justification de ses ressources sur le territoire français du demandeur, et, le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée.

La circulaire du 27 septembre 2005 n'apporte pas de précision supplémentaire.

- **Ressources exclues.** Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R 861 10 du CSS (*voir p. 231*).

- **Livret A, épargne et revenus du capital.** Les revenus du capital (y compris ceux exonérés d'impôt comme les intérêts du livret A) sont inclus dans le calcul des ressources. Seule la valeur en capital des biens non productifs de revenu n'est pas prise en compte en matière d'AME (L 132 6 CASF).

- **Les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires sont déduites.**

- **Contrôle des dépenses.** Certaines caisses ont instauré un formulaire local en vue de recueillir des informations sur les dépenses du demandeur. L'article 44 du décret du 2 septembre 1954 prévoit que « *toute personne demandant le bénéfice de l'Aide médicale État est tenue de faire connaître à l'autorité mentionnée à l'article L 252 3 du Code de l'action sociale et des familles toutes informations relatives à [...], à ses ressources, à ses biens et à ses charges, ainsi qu'à ses droits au regard d'un régime de base ou complémentaire d'assurance maladie* ».

Un tel contrôle peut conduire les caisses à un rejet pour



« incohérence des ressources déclarées avec les ressources constatées », si les dépenses mensuelles s'avèrent supérieures aux recettes à l'euro près. Face à ces pratiques restrictives, le juge de l'aide sociale s'estime compétent pour assurer un contrôle des ressources, et pour annuler un refus fondé sur le seul motif que les recettes sont inférieures aux dépenses (CDAS Paris, n° 2100041, 10 sept. 2010).

- **La réglementation sur le contrôle du train de vie n'est pas applicable en AME.**

- **Le RIB n'est pas une pièce obligatoire.** Compte tenu du fait que les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais chez les professionnels de santé, les caisses n'ont pas à prévoir leur remboursement. Ainsi, l'absence de RIB ne doit pas faire obstacle à l'entrée dans le droit, comme le rappelle la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 (point I. 1 1. A., p. 2).

DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION PRIORITAIRE SUR DEMANDE MÉDICALE

- **Pour les personnes démunies, seule la dispense totale d'avance des frais chez le professionnel de santé permet l'accès aux soins.** Sur le même principe qu'en matière de complémentaire CMU pour les assurés sociaux, il existe une procédure d'instruction rapide pour demande d'AME. En procédure normale, le délai peut s'avérer très long selon la charge de travail et les moyens des caisses.

- **L'instruction prioritaire** est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (et n'est pas réservée aux situations d'urgence médicale qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de l'AME préalable aux soins est préférable aux « soins gratuits », souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Cette procédure est prévue par la circulaire du 27 septembre 2005.



**Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407
du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale État**

1.4. Cas particuliers

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

- **La demande doit être faite par un médecin** qui doit délivrer un certificat médical (non descriptif) pour que le demandeur le joigne à son dossier complet de demande d'AME.
- **L'instruction prioritaire requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel,** lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défaussent en effet de cette procédure en dirigeant les demandeurs vers les dispositifs de lutte contre la précarité, voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au CSS (plate forme téléphonique, puis, si possible, standard du CSS ou responsable AME) pour identifier la nature du blocage et informer de la demande. En cas de refus persistant, contacter le chef de centre (CSS), et, si besoin, la hiérarchie de la caisse (CPAM/CGSS), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.
- **Les interlocuteurs au sein des caisses méconnaissent souvent la procédure d'instruction prioritaire.** Il faut rappeler les éléments suivants :
 - cette procédure est prévue par la circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 et rappelée par celle du 8 septembre 2011;
 - pour les personnes ayant déjà ouvert des droits à l'assurance maladie, la demande « d'instruction prioritaire » suppose le traitement simultané par la caisse primaire du maintien des droits à l'assurance maladie et l'instruction du droit à l'AME limitée à la part complémentaire : voir la circulaire AME du 27 septembre 2005 (point 3), la circulaire CMU du 3 mai 2000



(§ C. I a) *(voir aussi Maintien des droits, p. 225);*

L'instruction prioritaire n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à l'éviter, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

DÉLAI D'OBTENTION EN PROCÉDURE NORMALE

• **L'admission en procédure normale** n'est soumise à aucun délai contraignant. L'absence de réponse de l'administration pendant 2 mois à compter du dépôt du dossier complet doit être considérée comme une décision implicite de rejet, cette disposition du droit administratif étant de peu de portée si la demande n'a pas donné lieu à un récépissé. Dans la pratique, certaines caisses primaires dépassent ces deux mois et ne pratiquent pas le rejet implicite du fait de leurs délais habituels de traitement : se renseigner auprès du service concerné sur le délai de traitement actuellement pratiqué.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

• **Date d'entrée en France et date de dépôt de la demande.**

Il est possible (selon la circ. min. du 27 sept. 2005, point 3.1) de déposer sa demande d'AME par anticipation, pendant les trois premiers mois de présence en France, les droits n'étant ouverts qu'à compter du 1^{er} jour du 4^e mois (sous réserve que les conditions générales d'admission soient par ailleurs remplies).

• **Les droits sont ouverts à compter de la date de la demande,** même si la notification est remise ultérieurement au demandeur (art. 44 1 du décret du 2 sept. 1954 modifié).

• **Rétroactivité maximale : 30 jours.** Attention : ces délais ont été réduits par décret en juillet 2005 (précédemment : 4 mois). Le demandeur dispose désormais d'un délai de 30 jours pour déposer sa demande, conformément aux dispositions de l'article 44 1 du décret du 2 septembre 1954 modifié. Le délai court à compter de la date de délivrance des premiers soins.

• **La rétroactivité est possible pour les soins en ville et en établissement de santé** (art. 44 1 du décret du 2 sept. 1954 modifié). Les caisses sont invitées par circulaire (27 sept. 2005, point 3.1) à faire systématiquement usage, de la rétroactivité lorsque des soins ont été prodigués avant l'ouverture des droits.



ATTENTION

En cas de versement d'argent préalablement aux soins, l'article L 253 2 CASF a prévu que : « Lorsqu'une provision a été versée à un établissement de santé pour couvrir des frais de soins et de séjour ou qu'un engagement de versement a été souscrit, la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement reste à la charge des bénéficiaires. »

- **Facture de l'hôpital.** Dès réception de la facture concernant les frais hospitaliers, il faut prendre contact avec le service des frais de séjour, traitements externes ou le service social de l'établissement pour mettre en route une demande d'AME rétroactive.

- **Convocation par les services instructeurs.**

Attention : il est fréquent que les personnes soient invitées (après la sortie de l'hôpital), par courrier, à se rendre au bureau des frais de séjour de l'hôpital, ou au bureau de Sécurité sociale, pour fournir les documents permettant d'établir la prise en charge de la facture par l'AME. Cependant, les intéressés interprètent fréquemment à tort ce type de courrier comme une invitation « à régler la facture au guichet », et ne se présentent pas. Il faut expliquer attentivement la nécessité de fournir très rapidement les justificatifs demandés, et de répondre à un éventuel courrier de ce type.

DURÉE DE LA PROTECTION ET PASSAGE VERS L'ASSURANCE MALADIE

- **L'article L 252-3, 2^e alinéa CASF précise : « Cette admission est accordée pour une période d'un an »**

(circ. du 27 sept. 2005, point 3). Il n'y a pas de maintien des droits au delà de la période d'un an. Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire lui-même la demande. Il est prudent d'engager le renouvellement deux mois avant l'expiration du droit, pour éviter tout risque de rupture des droits.

- **Dès que le bénéficiaire (et éventuellement les membres de sa famille) vient à remplir la condition de régularité du séjour pour accéder à l'assurance maladie** (augmentée de la complémentaire CMU), une demande doit être déposée en ce sens sans attendre l'expiration des droits AME en cours (circ. du 27 sept. 2005, point 3).

- **Renouvellement.** Il est possible, si la personne remplit toujours les conditions. Si le demandeur laisse expirer son AME plus d'un mois après la date de fin, la caisse considère qu'il ne s'agit plus d'un renouvellement mais d'une nouvelle demande (idem AME; voir Cnamts, lettre réseau AME, 30 janv. 2008, LR DDO 22/2008, point 3.). Dans ce cas, la nouvelle période d'AME ne commencera qu'à la date de dépôt de la nouvelle demande



(le cas échéant avec une rétroactivité de 30 jours), laissant une période sans protection.

TYPES DE SOINS PRIS EN CHARGE (« PANIER DE SOINS »)

• **Le panier des soins ne doit pas être confondu avec le niveau de couverture**, c'est à dire le montant payé par l'AME pour chaque acte de soin (*voir infra*).

• **Le panier des soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social, mais diminué de cinq prestations**, lesquelles sont :

- les cures thermales ;
- la procréation médicalement assistée (PMA) ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ;
- les frais de l'examen de prévention bucco dentaire pour les enfants ;
- les indemnités journalières (prestation en espèces).

• **Les prestations annexes étant réservées aux assurés sociaux, elles ne sont pas accessibles aux bénéficiaires de l'AME :**

- pas de carte SESAM Vitale ;
- pas d'accès au Fonds de secours dit « Fonds d'action sanitaire et sociale » des caisses (via le formulaire « Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles ») ;
- pas d'accès aux tarifs de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ;
- pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale (prévu par l'article L 321 3 CSS) ;
- impossibilité de participer aux protocoles de recherche thérapeutique (art. L 1121 11 Code de la santé publique).

• **Le financement des prestations hors nomenclature** n'est pas prévu pour les bénéficiaires de l'AME. La circulaire DHOS/F4/2009/387 du 23 décembre 2009, qui accorde aux assurés sociaux, à titre purement gracieux, un financement de certains actes hors nomenclature (c'est à dire hors panier des soins de l'assurance maladie) sur fonds propres des hôpitaux, indique que les titulaires de l'AME ne bénéficient pas de cette faveur en cas de consultation externe. Cela concerne les actes de biologie et d'anatomo pathologie (par exemple, les FIBROTESTS® dans le cas d'un suivi d'une hépatite virale).



ATTENTION

Les conditions de droit commun (« entente préalable », « trajet supérieur à 150 km », « reconnaissance d'une ALD », etc.) doivent être remplies.

• **Précisions sur les lunettes et les prothèses (dont dentaires) et les dispositifs médicaux.** L'ensemble des prestations d'optique, de dentaire et d'appareillage est inclus dans le panier des soins comme pour les assurés sociaux. En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses en raison du montant pris en charge (*voir infra*).

• **Précisions en matière de transport médicalisé.** Du point de vue du panier des soins, l'AME couvre les frais de transport prescrit médicalement, de toute nature que ce soit, de la même façon que pour un assuré social (L 251 1 CASF combiné avec le 2° de l'article L 321 1 CSS). Tout refus est un refus de soin. Du point de vue du niveau de prise en charge, il s'agit bien d'un 100 %, (*voir infra, Niveau de couverture*).

• **Précisions sur le financement des soins en établissements pour handicapés.** Sont exclus du financement par l'AME : « les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés », mais demeurent pris en charge par l'AME au titre du 1° de l'article L 321 1 du Code de la Sécurité sociale : « les frais de traitement dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ».

• **Soins hospitaliers programmés coûteux.** La demande d'agrément préalable pour les soins programmés de plus de 15 000 € à l'hôpital, créée par la loi de finances du 29 décembre 2010, a été supprimée par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

NIVEAU DE COUVERTURE : UNE PRISE EN CHARGE À 100 %

ATTENTION

L'instauration d'un ticket modérateur a été votée en décembre 2002 mais n'était pas appliquée fin 2014.

Il convient cependant de surveiller l'évolution de la réglementation.

• **L'AME fonctionne comme un « 100% Sécurité sociale »** (pas de ticket modérateur appliqué à ce jour). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (c'est à dire pratiquant un tarif sans dépassement d'honoraires).

• **Le tarif de secteur I est imposé à tous les professionnels de santé, même à ceux exerçant en secteur II.** En pratique, les refus de soins éventuels ou les tarifs au delà du tarif de la Sécurité sociale doivent être signalés aux CPAM/CGSS.

• **Précisions sur les lunettes, prothèses et dispositifs à usage individuel.** La limitation au seul 100 % du tarif de la



Sécurité sociale signifie que l'AME ne paye ni les dépassements d'honoraires, ni la différence entre le tarif Sécurité sociale et le prix de vente pratiqué par le fournisseur (dépassement du tarif Sécurité sociale). Les lunettes, les prothèses (dont les prothèses dentaires), les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant...) ne sont donc financés « que » dans la limite du 100%. En théorie, il est donc possible de financer partiellement ces dispositifs par l'AME. Mais, en pratique, le reste à charge est généralement beaucoup trop élevé pour le budget des personnes concernées.

• **Précisions sur la reconnaissance d'une ALD (affection longue durée).** Cette procédure n'a d'intérêt pour les bénéficiaires de l'AME qu'en matière de transport médicalisé. La reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée, c'est à dire une maladie grave et/ou chronique) par le contrôle médical des caisses est communément désignée comme le « 100 % Sécurité sociale ». Elle est initialement conçue pour les assurés sociaux. Il s'agit d'une « exonération de paiement du ticket modérateur », c'est à dire d'une prise en charge financière à 100 % du tarif Sécurité sociale par l'assurance maladie (sans intervention d'une couverture complémentaire). Cette extension du taux de couverture de base est cependant limitée aux seuls soins relatifs à l'ALD (rappel : pour les assurés, l'obtention d'une couverture complémentaire est donc indispensable pour couvrir les frais concernant les autres soins). Or, les bénéficiaires de l'AME sont à ce jour bénéficiaires ipso facto d'une prise en charge à 100 % pour l'ensemble de leurs soins (*voir supra*) indépendamment de toute reconnaissance d'une ALD. Cependant, la reconnaissance d'une ALD doit être demandée (dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social) car elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas.

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION AME ET CARTE SESAM-VITALE

- La « **dispense complète d'avance des frais** » ou « **tiers payant intégral** » est un droit pour tous les bénéficiaires, qui n'ont donc pas à déboursier d'argent auprès des professionnels de santé (art. 44 2 du décret du 2 sept. 1954 modifié).
- **Les remboursements sont possibles**, en cas d'avance des frais effectués en méconnaissance du droit au tiers payant intégral (Cnamts, lettre réseau L R DDO 22/2008, 31 janv. 2008,

ATTENTION

Le télé paiement du professionnel de santé par la caisse reste possible en mode dit « dégradé ».

Se renseigner auprès des guichets du réseau de transport local :

Île de France : *Carte solidarité transport* (75 % de réduction sur le prix des abonnements et 50 % sur les tickets), 0800 948 999

Lyon : *Pass Partout S*, [http://www.tcl.fr/Tarif et abonnements/S abonner](http://www.tcl.fr/Tarif%20et%20abonnements/S%20abonner)

Marseille : *tarifs sociaux*, [http://www.rtm.fr/guide voyageur/acheter/tarifs sociaux#166](http://www.rtm.fr/guide%20voyageur/acheter/tarifs%20sociaux#166).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Rapports annuels
d'observation,
www.comede.org

Cordier A., Salas F.,
Inspection générale des
finances, Inspection
générale des affaires
sociales, *Rapport
d'analyse de l'évolution
des dépenses au titre de
l'AME*, novembre 2010.

Drees, *Les bénéficiaires
de l'AME en contact avec
le système de soins*,
Études et résultats
n° 645, juillet 2008.

**Observatoire du droit à
la santé des étrangers,**
Rapports d'observation,
www.odse.eu.org

annexe 1, p. 3/3). Attention, la CPAM/CGSS pourra réclamer un RIB, les règles de la comptabilité publique tendant à imposer le paiement par virement.

• **Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas obtenir de carte SESAM-Vitale**, mais seulement une carte plastifiée. Cependant, lorsque le bénéficiaire est en situation de maintien des droits à l'assurance maladie bien qu'en séjour irrégulier (*voir p. 225*), l'AME intervenant pour la part complémentaire en sus de l'assurance maladie, peut être intégrée sur la carte Vitale. Le délai de fabrication de la carte plastifiée AME et l'envoi d'une convocation au bénéficiaire peuvent augmenter le délai de délivrance de plusieurs semaines.

• **Le titre d'admission à l'AME (carte plastifiée)** doit être remis en main propre au bénéficiaire (art. 2 du décret n° 2005 860 du 28 juill. 2005). Il est individuel pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans et comporte la photographie du titulaire (art. 3 du même décret). Les coordonnées des ayants droit de moins de 16 ans figurent au dos du titre d'admission du demandeur.

DROIT CONNEXE : LA RÉDUCTION DANS LES TRANSPORTS

Les personnes et leurs ayants droit bénéficiaires de l'AME ou de la complémentaire CMU ou sous le plafond de ressources commun à ces deux prestations ont droit à une réduction du prix des transports dans les grandes agglomérations.

Codes « régimes » pouvant concerner les étrangers

Source : 5^e rapport d'évaluation de la loi CMU (2011)

801	Critère de résidence avec cotisation	Affiliation dite au titre de la « CMU de base »
802	Critère de résidence sans cotisation	
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate (provisoire 3 mois, avant examen au fond)	
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT	
806	Critère de résidence au titre du RSA	
833	Critère de résidence ex-Yougoslave majeur	
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
095	AME	