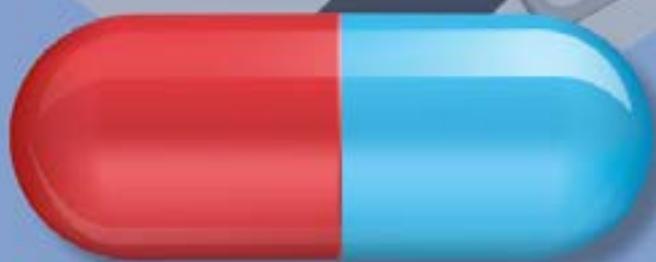


L'aide médicale d'État

**Un accès aux soins
pour étrangers
en situation
irrégulière**



Les conditions d'accès

Dans le cadre de la lutte contre les exclusions, l'Aide médicale d'État (AME) permet un accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français.

Outre être en situation irrégulière sur le sol français, vous devez remplir **deux conditions** :

1 - Résider en France

Vous devez résider en France (métropole ou DOM, excepté Mayotte) de manière stable, c'est-à-dire de façon ininterrompue, depuis plus de 3 mois.

Vous pouvez en apporter la preuve au moyen des documents listés sur le formulaire de demande de l'AME (passeport indiquant la date d'entrée en France, contrat de location à votre nom datant de plus de 3 mois, facture de gaz, d'électricité ou de téléphone de plus de 3 mois...).

☛ Les personnes sans domicile fixe peuvent élire domicile auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS-CIAS) ou d'un organisme agréé à cet effet par le préfet (liste mise à disposition par chaque commune), qui leur remettra une attestation de domiciliation. Elle doit dater de plus de 3 mois pour le dossier AME.

2 – Avoir de faibles ressources

Tous les membres de votre famille en situation irrégulière ont droit à l'AME : votre conjoint ou votre concubin ou encore votre partenaire lié par un PACS ainsi que les enfants à votre charge de moins de 16 ans (ou 20 ans s'ils poursuivent des études). Leurs ressources sont donc prises en compte pour évaluer votre niveau de ressources.

Ressources prises en compte :

- salaires nets imposables ;
 - revenus non-salariés de l'année fiscale précédente ;
 - allocations (chômage, familiales...) ;
 - pensions, retraites et rentes reçues ;
 - autres ressources dont vous pouvez bénéficier en indiquant leur nature (exemple : aides financières).
- Si vous versez une pension alimentaire, n'oubliez pas de la mentionner : elle sera déduite du montant des ressources.

☛ Ne sont pas considérés comme étant des personnes à votre charge :

- les membres de votre famille résidant à l'étranger et en visite en France chez vous ;
- les membres de votre famille résidant en France en situation régulière (père, mère, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants). S'ils ne bénéficient pas de protection sociale dans leur État d'origine, ils peuvent être rattachés à la Protection Universelle Maladie (PUMa) sur critère de résidence ou, s'ils travaillent, sur critère d'activité professionnelle.

Les ressources des 12 mois précédant votre demande

Imposables ou non, les ressources prises en compte sont celles perçues lors des 12 mois précédant votre demande, tant en France qu'à l'étranger. Par exemple, pour une demande déposée le 3 octobre 2021, vous devez indiquer les ressources perçues entre le 1er octobre 2020 et le 30 septembre 2021.

Plafonds de ressources pour bénéficiaire de l'AME (au 1er avril 2021)

Composition de la famille	Plafond annuel de ressources* en Métropole	Plafond annuel de ressources* dans les DOM (sauf Mayotte)
Personne seule	9 041 €	10 063 €
2 personnes	13 562 €	15 094 €
3 personnes	16 274 €	18 113 €
4 personnes	18 986 €	21 132 €
Par personne en +	3 616 €	4 025 €

* perçues lors des 12 mois précédant votre demande

Prise en compte du logement :

Si vous êtes hébergé à titre gratuit, un forfait mensuel est alors ajouté à vos ressources. Son montant dépend de la composition de votre famille (voir tableau).

Il en est de même si vous percevez d'une aide au logement.

Exemple : si vos ressources mensuelles sont de 500 € par mois, que vous vivez seul et que vous êtes hébergé à titre gratuit, on considère que vos ressources mensuelles sont de 564,84 €.

Forfait logement pris en compte dans les ressources (au 1er avril 2021)

Nombre de personnes	Propriétaire – occupant à titre gratuit Montants mensuels	Bénéficiaire d'une aide au logement Montants mensuels
1 personne	64,84 €	64,84 €
2 personnes	118,72 €	135,68 €
3 personnes ou +	142,47 €	167,91 €



Vous ne remplissez pas la condition de résidence en France ou de ressources ?

Déposez quand même une demande d'AME. Vos enfants mineurs ne sont pas concernés par cette double condition et pourront donc quand même bénéficier de l'AME.

Des frais pris en charge à 100 %

L'AME permet une prise en charge intégrale de certaines dépenses de santé, sans avance de frais, dans la limite du tarif de base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les soins couverts

L'AME couvre les soins suivants, dans la limite du tarif fixé par convention avec la sécurité sociale (secteur 1) :

- les soins médicaux et dentaires ;
- les médicaments remboursés à 100 %, 65 % ou 30 % ;
- les frais d'analyses ;
- les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale ;
- les frais liés à certaines vaccinations et certains dépistages ;
- les frais liés à la contraception, à une IVG ;
- etc.

Les soins exclus

Sont exclus du dispositif de l'AME :

- les cures thermales ;
- les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation ;
- les médicaments à service médical rendu faible, remboursés à 15 % ;
- les examens du dispositif de prévention bucco-dentaire des enfants et des femmes enceintes ;
- les paniers de biens et services optique et dentaire. Contrairement à la complémentaire santé solidaire, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge des frais dentaires, lunettes ou prothèses auditives. Les frais qui dépassent les tarifs de responsabilité restent à la charge du bénéficiaire de l'AME.

100 % ne signifie pas forcément remboursement intégral !

Dans certains cas, le bénéficiaire de l'AME aura un reste à charge à payer. En effet, vous devrez vous acquitter des sommes qui dépassent les tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie, c'est-à-dire la base sur laquelle elle pratique ses remboursements. Or, les frais d'optique, d'audio et de prothèses dentaires donnent lieu à des dépassements importants par rapport au tarif de remboursement de la Sécurité Sociale et ne sont pas couverts par le 100 % Santé.

Exemple : sur des lunettes, rien que pour des montures, même sur un prix d'entrée de gamme à 30 €, la base de remboursement de la Sécurité Sociale est de 2,84 €. Il restera 27,16 € à votre charge.

Par ailleurs, si vous choisissez un professionnel de santé qui pratique des dépassements d'honoraires, ces derniers resteront à votre charge. En effet, vous pouvez vous adresser au professionnel de santé de votre choix, car ils ont tous l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME, mais la CPAM limite ses remboursements aux tarifs fixés par convention avec la sécurité sociale (secteur 1).

Des soins en l'absence d'AME

Vous ne remplissez pas l'une des conditions pour avoir droit à l'AME ? Vos soins peuvent toutefois être pris en charge dans deux situations.

1 - Prise en charge des soins urgents

Si vous êtes étranger, résidant en France en situation irrégulière, et que :

- vous ne remplissez pas les conditions pour obtenir l'AME ;
- ou, bien que remplissant les conditions, vous n'en avez pas encore fait la demande ;
- ou votre demande est en cours d'instruction ;
- ou l'AME vous a été refusée,

Vous pouvez quand même bénéficier d'une prise en charge de **certaines soins urgents à l'hôpital**.

Sont visés :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu votre pronostic vital ou pourrait aggraver durablement votre état de santé ou celui d'un enfant à naître ;
- les soins visant à empêcher la propagation d'une maladie (ex. : la tuberculose) ;
- les examens et soins liés à la grossesse et l'accouchement ;
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) ;
- les soins dispensés à des mineurs.

L'Assurance Maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans cet établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Vous bénéficiez également de la dispense totale d'avance des frais pour ces soins.



Attention ! Ce dispositif des soins urgents ne s'applique pas à Mayotte.

En pratique : vous devez indiquer votre situation à l'hôpital. Ce dernier va adresser à la caisse d'Assurance maladie une demande d'AME ; ce qui va permettre de vérifier que vous n'êtes pas éligible à l'AME et d'établir alors une facturation au titre des soins urgents.

2 - L'AME à titre humanitaire

Si, de passage en France (avec un visa touristique, un visa de court séjour...), votre état de santé nécessite des soins imprévus (accident, maladie), alors que, dans votre pays d'origine, vous ne bénéficiez d'aucune couverture sociale, vous pouvez peut-être bénéficier de l'AME à titre humanitaire (AMEH). Il en est de même si les soins dont vous avez besoin ne sont pas prodigués dans votre pays.

La décision d'accorder cette AMEH relève, non pas de l'assurance maladie, mais du ministre chargé de l'action sociale. Votre demande d'admission doit d'ailleurs être adressée, non pas à la caisse d'Assurance maladie, mais à la Direction départementale de la cohésion sociale qui va l'instruire. Vous devez y joindre un certificat médical précisant votre état de santé et le motif de votre demande.

Sachez toutefois que très peu de dossiers sont acceptés chaque année.

La demande d'AME en pratique

Depuis le 2 juin 2021, sauf exceptions, vous devez vous rendre à l'accueil de votre CPAM pour déposer un formulaire de demande avec ses pièces justificatives

Pour faire votre demande d'AME, vous devez remplir le formulaire « Demande d'aide médicale de l'État (AME) » ([Cerfa n°50741#08](#)) et le transmettre, accompagné des pièces justificatives (leur liste est indiquée sur le formulaire), à la [caisse d'assurance maladie](#) de votre lieu de résidence.

Déplacement à l'accueil d'une CPAM

S'il s'agit de votre première demande, vous (ou toute autre personne majeure mentionnée sur la demande d'AME) devez impérativement vous présenter physiquement à l'accueil. Cette nouvelle disposition, qui concerne les demandes déposées depuis le 2 juin 2021, a pour but de s'assurer que vous êtes bien sur le sol français lors du dépôt du dossier.

• Pas d'envoi par la Poste

Si vous envoyez votre dossier par la Poste, vous recevrez un courrier vous invitant à vous présenter sous 30 jours auprès d'un service d'accueil de la CPAM. C'est alors la date de votre passage à la CPAM qui sera retenue pour le début de vos droits et non celle de réception initiale du dossier. Si vous persistez à ne pas vouloir vous déplacer, le dossier sera classé sans suite au terme d'un délai de 2 mois. Si vous avez des enfants mineurs à votre charge, ils ne seront donc pas couverts.

• Présence d'un traducteur

Si vous ne maîtrisez pas la langue française, vous devez vous faire accompagner par un traducteur. En effet, si l'échange n'est pas possible, le rendez-vous sera reporté avec la demande de présence d'un accompagnateur qui pourra traduire. Le traducteur peut être un ami, un voisin...

Dérogation au dépôt en personne

Si, alors que vous (ou l'un des membres de votre famille) êtes pris en charge dans un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), vous ne pouvez pas vous présenter personnellement en agence CPAM, une solution est prévue. L'assurance maladie accepte que cette première demande d'AME puisse lui être transmise directement par cet établissement – qui sera alors considéré comme un « tiers de confiance » par la CPAM - dans un délai de 8 jours maximum.

Pour identifier ces situations d'exception, sont exigés :

- la présence du cachet de l'établissement ou de la PASS sur le formulaire de demande d'AME
- et/ou un bulletin d'hospitalisation,
- et/ou une attestation de l'établissement précisant les dates de consultations.

Exceptions au dépôt en personne

Trois situations exonèrent le demandeur d'AME de se déplacer en personne :

• Mineur isolé

La demande peut être déposée ou envoyée à l'organisme d'Assurance Maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement du mineur, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité.

• Régime de tutelle ou de curatelle

Le tuteur ou curateur peut déposer la première demande d'AME dans les conditions prévues pour le renouvellement ([lire](#)). Un extrait du jugement de tutelle /curatelle doit être fourni.

• Personne à mobilité réduite

La première demande d'AME peut être déposée dans les conditions prévues pour le renouvellement ([lire](#)). Un justificatif de la situation ou une attestation sur l'honneur doit être fourni (e).

 **Attention !** Dans ces 3 situations, les personnes devront tout de même se déplacer en agence CPAM pour récupérer leur carte AME.

 **Notre conseil :** si vous avez besoin d'aide pour la constitution de votre dossier de demande d'AME, adressez-vous à l'un des organismes habilités suivants : le Centre communal d'action sociale (CCAS) ou le Centre intercommunal d'action sociale (CIAS) de votre ville, les services sanitaires et sociaux de votre département, une association agréée ou un établissement de santé.

Délivrance et renouvellement de l'AME

Les droits à l'AME sont ouverts pour une durée d'un an renouvelable sur demande.

Si vous remplissez toutes les conditions pour bénéficier de l'AME, vous recevrez un courrier vous en informant et vous invitant à venir retirer votre carte d'admission à l'AME à votre caisse d'assurance maladie. Une carte AME est attribuée à chacun des bénéficiaires de plus de 16 ans. Si vos enfants ont moins de 16 ans, ils seront inscrits sur votre carte.

Avantages de la délivrance de l'AME

• **Pas de médecin traitant à déclarer** : vous n'êtes pas soumis à l'obligation de déclarer un médecin traitant et n'êtes donc pas concernés par le dispositif du parcours de soins coordonnés (obligation de consulter votre médecin traitant avant certains spécialistes, moindre remboursement si vous ne respectez pas ce parcours de soins...).

• **Pas d'avance de frais** : en présentant votre carte AME aux professionnels de santé (ils sont tous obligés de l'accepter), vous n'aurez pas à faire l'avance de vos frais de santé. Ceux-ci lui seront directement réglés par l'assurance maladie.

Durée des droits

Les droits à l'AME sont ouverts pour une durée d'un an à compter de la date de dépôt du dossier (même incomplet). Par exception, en cas d'hospitalisation ou de soins antérieurs, les droits peuvent être rétroactivement ouverts à compter de la date d'entrée dans l'établissement ou de la date des soins, sous réserve que la demande ait été reçue dans un certain délai à compter de la date de l'hospitalisation ou des soins. Ce délai est passé à 90 jours pour les dossiers déposés à partir du 1er janvier 2021 (au lieu de 30 jours auparavant).

 **Attention !** Pour que la rétroactivité puisse être appliquée, les conditions d'attribution de l'AME doivent être remplies dès la date des soins ou d'entrée dans l'établissement.

Délai de carence de 9 mois

Depuis janvier 2021, certains soins et traitements non urgents ne sont pris en charge qu'au bout d'un délai de 9 mois à compter de l'admission à l'AME pour tout nouveau bénéficiaire ou pour celui qui n'a pas bénéficié de l'AME depuis plus d'un an.

• **Sont visés les actes suivants**, réalisés en hôpital, liés à des pathologies non sévères 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 ;

Ainsi que les transports sanitaires liés à ces prestations hospitalières et les actes de masso-kinésithérapie prescrits à la suite.

• **Les mineurs ne sont pas concernés par ce délai de carence.**

• **Il existe des exceptions à ce délai de carence pour les majeurs**

À condition d'obtenir un accord préalable auprès du service médical de l'Assurance maladie. Pour cela, le professionnel de santé doit remplir un formulaire (Cerfa n° 52330#01) de Demande préalable de prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'Aide Médicale de l'État (AME)

Renouvellement de l'AME

Pas de changement concernant la demande de renouvellement d'AME : vous pouvez la déposer à l'accueil ou l'envoyer à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence ou :

- d'un établissement de santé dans lequel vous êtes pris en charge ;
- du CCAS de votre lieu de résidence ;
- des services sanitaires et sociaux de votre département de résidence ;
- d'associations ou organismes à but non lucratif agréés par le préfet.

Ces organismes doivent transmettre votre dossier pour instruction à la caisse d'assurance maladie dans un délai de 8 jours.

 **Attention !** Le renouvellement de la carte n'est pas automatique. Il doit être demandé chaque année en présentant (ou envoyant) le formulaire ainsi que les justificatifs, deux mois avant la date d'échéance figurant sur votre carte d'admission à l'AME ; et ce, afin d'éviter toute interruption de vos droits.

Vos recours

Vous pouvez contester une décision de refus d'AME et dénoncer un refus de soins d'un professionnel de santé.

1 - Refus d'attribution de l'AME par la CPAM

L'absence de réponse de l'assurance maladie pendant les 2 mois qui suivent le dépôt du dossier équivaut à un refus. Dans ce cas, ou si vous avez reçu un courrier vous indiquant que vous n'avez pas droit à l'AME, vous pouvez, dans les 2 mois à compter de la notification de la décision (ou suivant l'expiration du délai de 2 mois sans réponse) :

- exercer un recours gracieux auprès du directeur général de votre caisse primaire d'assurance maladie ;
- ou saisir le tribunal administratif de votre lieu de résidence.

2 - Refus de soins par un professionnel de santé

Un médecin peut, dans certains cas, refuser de prodiguer des soins, notamment quand il estime qu'ils sont contraires à ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques, ou encore en cas d'incompétence compte tenu de la spécificité de la maladie.

En revanche, il ne peut le faire pour des raisons discriminatoires (ex. : origine, religion du patient) ou financières (notamment parce que vous êtes bénéficiaire de l'AME).

Ainsi, si vous pensez qu'on a refusé de vous accorder un rendez-vous parce que vous bénéficiez de l'AME ou si le professionnel de santé a exigé que vous fassiez l'avance des frais (pour les montants pris en charge par l'AME), alors que vous lui avez présenté votre carte d'admission à l'AME, vous pouvez le signaler à la Direction générale de votre caisse primaire d'assurance maladie. La réclamation doit se faire par écrit sur courrier libre.

Rappel sera alors fait au professionnel de santé de ses obligations. Cela peut même déboucher, pour les plus récalcitrants, sur des sanctions pour le médecin qui persisterait à ne pas respecter les règles.

Vous pouvez aussi en informer :

- la Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ;
- le président du Conseil départemental de l'Ordre professionnel concerné (médecins, dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures-podologues...);
- le défenseur des droits (www.defenseurdesdroits.fr).

N'hésitez pas à prendre contact avec des associations de consommateurs pour vous accompagner dans vos démarches.

 **Attention** avant de vous lancer dans une procédure ! La preuve d'un refus de soins injustifié vous revient et n'est pas facile à mettre en évidence.

Un observatoire des refus de soins

La Fédération des acteurs de la solidarité a créé l'[Observatoire santé solidarité](#), dont le but est de mieux qualifier et quantifier les situations de refus de soins. Vous pouvez remplir le questionnaire afin de signaler les refus de soins dont vous avez été victime.

 **Attention** : cet outil ne se substitue pas aux procédures de recours des refus de soins.