TABLE DES matières - ANNEXES



Les annexes ci-après feront l'objet d'une réactualisation systématique dès lors que des modifications règlementaires ou au niveau des barèmes interviendront.

Annexe n°1
Dossier de demande d'aide financière.

Annexe n°2
Barème d'attribution (Aides indivuduelles) de l'Action Sanitaire et Sociale.

Annexe n°3
Barème des Aides Ménagères au 1er janvier 2024.

Annexe n°4
Conditions de prise en charge des personnes en soins palliatifs.

Annexe n°5
Demande de prise en charge des frais de gardes-malades à domicile/soins palliatifs.

Annexe n°6
Liste des 13 prestations supplémentaires facultatives

ANNEXE N°1

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse postale : _____

Ville: _____ **Code postal:** _____

Téléphone : _____ **Mail :** _____

Préalable à toute sollicitation : vous devez avoir souscrit une complémentaire santé

N° immatriculation (CPAM): ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

N° allocataire (CAF): _____

Reconnaissance MDPH : **Oui** ☐ **Non** ☐

NATURE DE LA DEMANDE

Si vous souhaitez une aide pour plusieurs motifs, merci de compléter autant de dossiers que de demandes

- ○ ORTHODONTIE
- ○ DENTAIRE
- ○ OPTIQUE
- ○ AUDITIF
- ○ HOSPITALISATION
- ○ AIDE MÉNAGÈRE
- ○ AUTRES :.....
- ○ HÉBERGEMENT
- ○ TRANSPORT
- ○ PERTE DE SALAIRE
- ○ FOURNITURES / MÉDICAMENTS
- ○ APPAREILLAGE HANDICAP
- ○ PSYCHOLOGIE / PSYCHOTHÉRAPIE
- ○ ERGOTHÉRAPIE / PSYCHOMOTRICITÉ

ATTENTION :
Joindre les pièces justificatives des dépenses à engager (devis) et prescription médicale correspondante

SITUATION FAMILIALE

○ Célibataire ○ Marié(e) ○ Vie maritale ○ Séparé(e) ○ Divorcé(e) ○ Veuf(ve)

Attention, le tableau ci-dessous doit faire figurer chacune des personnes vivant dans le foyer

	Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale
Demandeur				
Conjoint/Concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				

RESSOURCES

Nature des ressources	Assuré(e)	Conjoint(e)	Enfants et/ou autres	à joindre obligatoirement
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ *3 mois précédant la demande*				
Salaires nets (avant impôts)				Bulletins de salaire
Indemnités chômage				Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
Indemnités journalières versées au titre de la maladie ou de l'accident de travail				Décompte ou attestation de paiement
Complément employeur ou régime de prévoyance				Avis de paiement ou attestation
Revenu d'activité non salariée				Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus – Dernier bilan comptable – Attestation comptable – Copies déclarations URSSAF trimestrielles ou mensuelles pour les auto-entrepreneurs
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ *du mois précédant la demande*				
Pension d'invalidité				Décompte ou attestation de paiement
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance				
Majoration tierce personne				
Retraite Carsat et autres régimes (MSA)				Copie de la déclaration fiscale pré-remplie des revenus ou notification de pension
Retraites complémentaires				
Pension civile et militaire				Attestation de versement
Rente accident du travail ou rente survivant				Décompte de paiement
Allocation compensatrice				Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF *du mois précédant la demande*				
Revenu solidarité active (RSA)				Attestation de versement de la CAF du mois précédant la demande
Allocation adulte handicapé (AAH)				
Allocation logement (AL) ou aide personnalisée au logement (APL)				
Allocations d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)				
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, AJPP, adoption)				
REVENUS DIVERS *du mois précédant la demande*				
Revenus mobiliers				Imprimé joint
Revenus fonciers				Annexe 2044 ou 2044 spéciale
Autres ressources *(Précisez)*				Justificatifs
Pensions alimentaires				Justificatif de versement ou jugement de divorce
Bourses études supérieures étudiant				Notification d'attribution ou de refus
TOTAL				

CHARGES

Les charges prises en compte sont : (justificatif du mois précédent la demande ou la moyenne des 3 derniers mois)

- Loyer et prêt d'accession à la propriété (sans les charges et sans assurance)
- Pension alimentaire versée
- La taxe foncière (mensuelle)
- Forfait mutuelle ou participation C2S
- Forfait énergie et Télécommunication :

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Attention : l'adhésion à un organisme complémentaire est obligatoire pour pouvoir prétendre à une aide financière

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

○ **OUI** ○ **NON**

S'agit-il de:

○**Mutuelle:** (veuillez préciser les coordonnées) ○**Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

.....

Si votre complémentaire prends en charge une partie des frais concernant votre demande, veuillez indiquer le montant : .....€

Important : Solliciter votre organisme complémentaire pour le remboursement légal mais veuillez également à solliciter un secours exceptionnel du fonds social de votre mutuelle (démarche obligatoire à faire en amont de ce dossier) en joignant les justificatifs (simulation de remboursement...).

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes?

○ **OUI** ○ **NON**

Si oui, lesquels : .....

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

○ **OUI** ○ **NON**

Si oui, veuillez joindre la copie de la notification de décision.

DESTINATAIRE DU RÈGLEMENT

Selon la nature de la demande, l'aide sera payée en priorité au tiers intervenant (professionnel de santé, fournisseur, association..).
Cette mention sera précisée sur la notification de décision en cas d'accord.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Prescription médicale de moins de 1 an.
- Participation ou non participation de la mutuelle.
- Avis d'imposition.
- Devis de moins de 1 an
- Justificatifs de toutes les ressources de quelque nature que ce soit, de toutes les personnes du foyer

Pour les demandes dentaires:

- Panoramique dentaire
- Argumentaire du professionnel ou descriptif des soins à réaliser

Pour les personnes en situation de handicap

- Participation Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH)
- Participation du Fonds de compensation du handicap

Merci de préciser vos remarques et/ou explications afin de motiver votre demande d'aide financière :

Le montant de ma demande s'élève à : .....€

Je **certifie sur l'honneur** l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

Fait à :.....

Signature :

Le : .....

Votre dossier de demande d'aide financière; **accompagné des pièces justificatives**; est à envoyer à l'adresse suivante :

Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère
Service d'Intervention Sanitaire et Sociale
Quartier des Carmes
48000 MENDE

social.ccss-lozere@assurance-maladie.fr

Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations;
Les dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.

BARÈME D'ATTRIBUTION – AIDES INDIVIDUELLES ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

L'attribution des aides individuelles dans le cadre de l'action sanitaire et sociale est déterminée en fonction du **Reste à Vivre (RAV).**

RAV = (Ressources du foyer - charges du foyer) / Nombre de parts

1. **Ressources**

Justificatifs de toutes les ressources de quelque nature que ce soit, de toutes les personnes du foyer (cf dossier de demande).

2. **Les charges prises en compte sont :** (justificatif du mois précédent la demande ou la moyenne des 3 derniers mois)

- Loyer et prêt d'accession à la propriété (sans les charges et sans assurance)
- Pension alimentaire versée
- La taxe foncière (mensuelle)
- Forfait mutuelle ou participation C2S
- Forfait énergie et télécommunication

Forfait complémentaire santé	0 à 29 ans	30 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et +
Montant mensuel	30 €	40 €	60 €	70 €	90 €

Nbre de personnes au foyer	Forfait énergie et télécommunications
1	180 €
2	250 €
3	320 €
4	390 €
5 et +	500 €

Calcul nombre des parts

Situation	Nbre de parts
Personne seule	1
Couple	2
Autre personne	0.5

Handicap + 0.5 /personne
AAH taux > 80% AEEH taux > 80%PCH MDPH

Barème de ressources pour toutes demandes

Reste à vivre mensuel par personne	Participation de l'aide
de 0 % à 400 € de 401 € à 550 € de 551 € à 650 € de 651 €à 750 € au delà	80 % 60 % 40 % 20 % aucune participation

Pour les secours une évaluation sociale est réalisée par le service social qui propose un montant d'aide au plus juste des besoins évalués. Aucun secours possible pour un RAV au-delà de 750 €.

ANNEXE N°3

BARÈME AIDES MÉNAGÈRES AU 1ER JANVIER 2024
PARTICIPATION CCSS – ASS – PRADO

BAREME AIDES MENAGERES AU 1ER JANVIER 2024						
Participation Assurance Maladie- ASS- PRADO ortho IC BPCO AVC PA aide à dom portage repas éventuellement transport						
personne seule	coef sup par enfant :30%	1 enfant	2 enfants	3 enfants	au-delà : majoration de 40 % par enfant	participation CPAM
jusqu'à 1 012,01	303,60	1 315,61	1 619,21	1 922,81	404,80	90%
de 1012,02 € à 1 114,99 €	de 303,61 € à 334,5 €				de 404,81 € à 446 €	85%
de 1115 € à 1 226,99	de 334,5 € à 368,1 €				de 446 € à 490,8 €	75%
de 1 227€ à 1 395,99€	de 368,1 € à 418,8 €				de 490,8 € à 558,4 €	60%
de 1 396 € à 1 562,99 €	de 418,8 € à 468,9 €				de 558,4 € à 625,2 €	55%
de 1 563 € à 1 897,99 €	de 468,9 € à 569,4€				de 625,2 € à 759,2 €	35%
de 1 898 € à 2 231,99€	de 569,4 € à 669,6 €				de 759,2 € à 892,8 €	30%
couple	coef sup par enfant :30%	1 enfant	2 enfants	3 enfants	au-delà : majoration de 40 % par enfant	participation CPAM
jusqu'à 1 571,15 €	471,35	2 042,50	2 513,85	2 985,20	628,46	90%
de 1 571,16 € à 1 785,99 €	de 471,35 € à 535,8€				de 628,46 € à 714,4 €	85%
de 1 786 € à 1 952,99 €	de 535,8 € à 585,9 €				de 714,4 € à 781,2 €	75%
de 1 953 € à 2 120,99 €	de 585,9 € à 636,3 €				de 781,2 € à 848,4 €	60%
de 2 121 € à 2 455,99 €	de 636,3 € à 736,8 €				de 848,4 € à 982,4 €	55%
de 2 456 € à 2 901,99 €	de 736,8 € à 870,6 €				de 982,4 € à 1 160,8 €	35%
de 2 902 € à 3 346,99 €	de 870,6 € à 1 004,1 €				de 1 160,8 € à 1 338,8 €	30%

LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS

Extraits de la lettre réseau LR-DDO-152/2022 du 14/09/2022

Objet de la prestation "soins palliatifs"

Il est rappelé que l'intervention, a pour principe de répondre à des situations urgentes et temporaires (nuits, week-end...) en faveur des ressortissants du Régime Général et de leurs ayants droits, relevant de la compétence de la Cpam, nécessitant l'assistance d'une tierce personne en cas d'absence de leur entourage.
Cette prise en charge n'intervient qu'après épuisement des autres dispositifs existant dans le cadre de l'aide à domicile.

Elle reste limitée aux personnes:
-Au stade terminal de leur maladie (cancer, maladie dégénérative, Alzheimer et apparentées, pour lesquelles la durée de soins palliatifs est en moyenne de 3 mois) à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie,
-A leur domicile ou substitut de domicile (ex: maison de retraite),
-Prise en charge au titre d'un service d'Hospitalisation à domicile, d'une équipe mobile de Soins Palliatifs, d'un réseau de Soins Palliatifs, d'un service de soins Infirmiers à Domicile, en cas de carence de structures initialement éligibles. En effet, des soins médicaux et paramédicaux continus doivent être garantis.

Les conditions financières:

Concernant les ressources des assurés, les plafonds de ressources sont simplifiés:
-37 500€ pour une personne seule
-50 000€ pour un couple
Ces plafonds ont été majorés de 4 500€ par an et par personne à charge.

La participation de l'Assurance Maladie s'effectue sur la base des tarifs horaires fixés et révisés périodiquement par la Caisse Nationale d' Assurance Vieillesse:
-L'intervention s'élève à 90% de la dépense engagée dans la limite de 3000€ par personne.
-La dépense comprend :

- l'ensemble des frais supportés par les personnes au titre de la garde à domicile, soit le montant brut de la rémunération,
- les charges sociales y afférentes,
- les avantages en nature ou accessoire,
- les frais de transport et les frais de dossier.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE GARDES-MALADES À DOMICILE / SOINS PALLIATIFS

○ 1ère demande ○ Renouvellement

COORDONNÉE DE L'ASSURÉ(E) :

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse postale : _____

Ville: _____ **Code postal:** _____

N° d'immatriculation: ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Centre d'affiliation: _____ **Régime :** _____

Droits ouverts : ○ OUI ○ NON

COORDONNÉES DU MALADE S'IL N'EST PAS ASSURÉ(E) :

Conjoint ○ **Enfant** ○ **Autre membre de la famille** ○

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse postale *(si différente de celle de l'assuré(e)* : _____

Ville: _____ **Code postal:** _____

Date de naissance : _____

SOINS PALLIATIFS ASSURÉS PAR :

- ○ **Une équipe mobile de soins palliatifs - Dénomination :** .....
- ○ **Une HAD - Dénomination :** .....
- ○ **Un réseau spécialisés en soins palliatifs - Dénomination :**.....

RESSOURCES * :

Personne seule (Jusqu'à 37 500 €)	Couple (Jusqu'à 50 000 €)
Ressources : ..... €	Ressources : ..... €
Majoration pour personne à charge : ..... €	Majoration pour personne à charge : ..... €
Total des ressources : ..... €	**Total des ressources : ..... €**

La structure de soins palliatifs ci-dessus reconnaît prendre en charge le malade désigné supra Évaluation du volume hebdomadaire de l'intervention des gardes-malades* : Jour / Semaine : ..... Nuit / Semaine : ..... Jour / Dimanche : ..... Nuit / Dimanche : ..... A compter du :	Cachet de la structure de soins palliatifs Date : ..... Visa du responsable

Date, visa du directeur et cachet du service de gardes malades assurant la prestation dans les conditions visées ci-dessus	

- *Dernier avis d'imposition (revenu fiscal de référence, déduction faite du loyer, des charges locatives et des frais d'accession à la propriété(e), le plafond annuel de ressource de ressources est majoré de 4 500€ par personne à charge*
- *Toute modification du volume hebdomadaire doit s'effectuer de façon concertée entre la structure de soins palliatifs et le service de gardes-maldes*

Tableau des prestations supplémentaires facultatives

Prestation supplémentaire facultative	Code PROGRES	Description
Prestation supplémentaire n°1	P01	Prise en charge du ticket modérateur dans tous les cas où l'insuffisance des ressources de l'assuré, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses occasionnées par la maladie, le justifiera.
Prestation supplémentaire n°2	P02	Participation aux frais de transport, non pris en charge au titre des prestations légales, engagés par les assurés (ou leurs ayants droit) qui doivent subir un traitement sans hospitalisation ou un examen médical non visés par le décret n°88-678 du 06/05/1988 (JO du 08/05/1988), sous réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen. Dans le cadre des orientations ASS 2020-2022, la CNAM précise que cette prise en charge doit être étudiée au regard de la réalité territoriale (longue distance entre le lieu de travail/domicile et le lie u de soins, soins récurrents et onéreux…) – Circulaire CNAM CIR-43/2019 du 17/12/2019 Cette participation peut être accordée, dans les mêmes cas, aux frais de transport de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers, en raison de son jeune âge ou de son état de santé. Les frais de transports engagés par les personnes atteintes de maladies rares pour se rendre dans un centre de compétence ou de référence labellisé, qui n'entreraient pas dans le cadre des transports remboursables, peuvent relever du champ d'application de cette prestation supplémentaire (LR-DDGOS-99/2006 du 11/08/2006).

Prestation supplémentaire facultative	Code PROGRES	Description
Prestation supplémentaire n°3	P03	Prise en charge, à l'occasion des prélèvements, de tout ou partie des frais engagés par les assurés (ou leurs ayants droit) donneurs de substance organique d'origine humaine et octroi d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail, lorsque ces frais et cette indemnité ne sont pas déjà pris en charge au titre de l'assurance maladie.
Prestation supplémentaire n°4	P04	Participation aux frais d'hospitalisation de la mère qui allaite un enfant hospitalisé ou de l'enfant allaité accompagnant sa mère hospitalisée dans un établissement habilité à recevoir les enfants et les mères. Cette participation peut être accordée pour les frais de déplacement de la mère portant le lait maternel à l'enfant hospitalisé.
Prestation supplémentaire n°5	P05	Attribution d'indemnités aux assurés contraints de suspendre leur travail pour soigner un enfant mineur vivant habituellement au domicile. Ces indemnités ne peuvent pas être supérieures aux indemnités journalières qu'ils recevraient en cas de maladie sont versées pendant une durée ne pouvant excéder un mois.
Prestation supplémentaire n°6	P06	Attribution aux assurées dont le métier comporte des travaux incompatibles avec leur état des indemnités journalières de l'assurance maternité, dès qu'il y aura pour elles l'impossibilité constatée d'exercer leur métier et, au plus tôt, à partir de la 21ème semaine précédant la date présumée de l'accouchement.
Prestation supplémentaire n°7	P07	Participation aux frais de l'aide familiale apportée en cas de maladie par les organisations agréées aux femmes ayant au foyer au moins un enfant de moins de 14 ans. /!\ Les CPAM n'assurent plus le service de cette prestation. La participation est versée par les CAF, sur les fonds de la CNAF (Caisse Nationale d'Allocations Familiales) depuis le 01/01/2006 (référentiel Action sanitaire et sociale, § 2.3.1).

Prestation supplémentaire facultative	Code PROGRES	Description
Prestation supplémentaire n°8	P08	En cas d'absence de bénéficiaires de l'allocation décès, attribution d'une indemnité pour frais funéraires aux personnes qui les ont en fait assumés, lorsque l'assuré décédé ne leur a pas laissé une succession atteignant au moins le montant des frais funéraires de la plus basse catégorie. Cette indemnité ne peut être supérieure au plafond fixé par l'arrêté ministériel pris en application de l'article L435-1 du CSS, c'est-à-dire qu'elle ne pourra dépasser 1/6 du montant du capital décès.
Prestation supplémentaire n°9	P09	Attribution d'une indemnité aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité ou bénéficiaires de l'assurance maladie qui sont admis à effectuer un stage dans les centres de réadaptation et de rééducation professionnelles agréés ou qui bénéficient d'un contrat de rééducation chez l'employeur. Cette indemnité ne peut pas être supérieure (pension d'invalidité et indemnités journalières comprises) au salaire mensuel de la catégorie professionnelle du futur métier des assurés intéressés. Cette prestation est liée à la PDP (Prévention de la Désinsertion Professionnelle) et au contrat de rééducation professionnelle (voir la FT Aides liées à la PDP dans Aides de l'ASS).
Prestation supplémentaire n°10	P10	Attribution d'une indemnité exceptionnelle aux assurés (ou leurs ayants droit) devant effectuer une cure thermale dans une station pour maladies nerveuses lorsque la cure doit dépasser, si le service médical l'estime justifié, la durée de 21 jours.

Prestation supplémentaire facultative	Code PROGRES	Description
Prestation supplémentaire n°11	P11	Prise en charge du ticket modérateur relatif aux frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et autres dispensés aux enfants de moins d'1 an dans les départements où le taux moyen de mortalité infantile a été, pendant l'année précédente, supérieur de 10 % au taux moyen national non rectifié. Le conseil d'administration peut déléguer au directeur de la CPAM ses pouvoirs d'attribution de cette prestation, sous son contrôle ou sous celui de la commission habilitée par lui et dans des limites fixées par le RICP (Règlement Intérieur des CPAM).
Prestation supplémentaire n°12	P12	Attribution, en cas d'accident mortel survenu à l'assuré, d'une allocation à ses ayants droit sans que le total des allocations attribuées, le cas échéant, ne puisse dépasser 1/5 du montant du capital décès.
Prestation supplémentaire n°13	P13	Participation aux dépenses non remboursables au titre des prestations légales et liées au traitement des maladies chroniques en cas de maintien à domicile dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation des assurés malades. Cette prestation ne doit pas être utilisée dans le cadre des soins palliatifs, pour lequel une aide spécifique est prévue (voir la FT Aides aux malades en phase terminale (soins palliatifs) dans Aides de l'ASS).