



2026

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



CONDITIONS GÉNÉRALES

Les conditions générales ci-dessous s'appliquent à l'ensemble des dispositifs d'Action Sanitaire et Sociale du présent règlement.

Secours Branche Santé		Délibération CASS	Délégation Service administratif
Aides collectives	Branche Santé	✓	
	Branche Famille	✓	
	Secours Branche Santé		✓
	Aides en faveur du complémentaire santé		✓
	Aides financières d'accès aux soins*	✓	
Aides individuelles	Aides pour la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)		✓
	Aides pour le maintien à domicile		✓
	Aides au malade en soins palliatifs		✓
	Aides au titre de l'accompagnement social-Secours Branche Famille*		✓
	Aides à la formation BAFA		✓
	Tickets Loisirs Jeunes		✓
	Dispositifs « Camps-colo »		✓
	Opérations 1er départ en vacances en partenariat avec l'UNAT		✓
	Aides Vacances en Familles (AVF)		✓
	Aides Vacances Sociale (AVS)		✓
	Vacances individuelles Famille		✓
	Aide Aux Transports		✓
	Séjour de répit pour les victimes de violence conjugale		✓

*Si le montant de l'aide allouée est inférieur à 1 000 €, le service administratif de la CCSS a délégation de la CASS pour l'instruction de la demande. Au-delà de ce montant, le dossier sera présenté en CASS.

Le calendrier des Commissions d'Action Sanitaire et Sociale est disponible sur le site Internet de la CCSS : <https://ccss-lozere.fr/allocations-familiales/>

Les subventions sont délivrées dans la limite du budget voté et des crédits disponibles.

Après délibération de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale et sous réserve de validation de la décision par la MNC (Mission Nationale de Contrôle), la décision d'acceptation ou de rejet de la demande est notifiée au bénéficiaire.

Le paiement de l'aide est effectué sur présentation des factures, des éléments complémentaires sollicités et dans la limite des frais engagés.

Seuls les gestionnaires de structure qui respectent le principe de neutralité philosophique, politique et religieux peuvent être financés par la Caisse Commune de Sécurité Sociale. Tout financement sera conditionné à l'acceptation des termes de la Charte de la laïcité et la signature du Contrat d'Engagement Républicain (loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République) pour les associations et les entreprises.

Le demandeur doit être à jour de ses déclarations sociales.

Les usagers ayant commis une fraude au regard de la législation de la Sécurité sociale au cours des trois dernières années précédant la demande ne sont pas éligibles à une prestation extra légale.

Les équipements acquis peuvent faire l'objet d'un contrôle par un agent de la CCSS. En cas de fraude constatée, son auteur s'expose aux sanctions prévues par la loi, dont le remboursement de la subvention ou prestation perçue, et à l'exclusion du droit aux aides.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : LES AIDES COLLECTIVES

✓ Les aides collectives Branche Santé.....	03
✓ Les aides collectives Branche Famille.....	04

CHAPITRE 2 : LES AIDES INDIVIDUELLES BRANCHE SANTÉ

✓ Les aides individuelles branche santé.....	07
Partie 1 – Aides pour faciliter l'accès aux soins et à la santé	
✓ Secours pour perte de revenus.....	09
✓ Aides en faveur d'une complémentaire santé.....	09
✓ Aides financières d'accès aux soins.....	10
Partie 2 – Aides pour prévenir la désinsertion professionnelle	
Partie 3 – Aides pour accompagner le retour et le maintien à domicile	
✓ Aides au retour à domicile après une hospitalisation.....	15
✓ Aides pour le maintien à domicile.....	16
✓ Aides aux malades en soins palliatifs.....	17

CHAPITRE 3 : LES AIDES INDIVIDUELLES BRANCHE FAMILLE

Partie 1 – Aides au titre de l'accompagnement social

Partie 2 – Aides aux jeunes

✓ Aide à la formation BAFA.....	20
✓ Ticket Loisirs Jeunes	21

Partie 3 – Aides aux vacances

✓ Dispositif "Camps-Colo".....	22
✓ Opération 1er départ en vacances en partenariat avec l'UNAT (AVES).....	23
✓ Aides Vacances en Famille (AVF).....	23
✓ Aides Vacances Sociales (AVS).....	24
✓ Vacances Individuelles Famille.....	24
✓ Séjour de répit pour les victimes de violence conjugale.....	25
✓ Aide Aux Transports.....	25

CHAPITRE 1 : LES AIDES COLLECTIVES



Les aides collectives Branche Santé

Délibération CASS

OBJECTIF :

Soutenir les partenaires qui mettent en œuvre des actions pour maintenir et promouvoir la santé : aides aux malades, aides aux personnes en situation d'handicap, sport-santé, soutien aux aidants familiaux, recours aux soins, santé environnement et développement de l'inclusion numérique.

Partenaires éligibles au financement :

Association ou établissement public sans but lucratif.

Conditions spécifiques d'attribution :

Les aides allouées sur les Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale concernent des aides au fonctionnement imputables à la réalisation d'un ou des projets.

Le fonctionnement général peut faire l'objet d'un financement sous plusieurs conditions :

- le fonds de roulement de l'organisation ne doit pas être supérieur à un semestre de fonctionnement
- la subvention accordée ne pourra excéder 90 % du budget du projet
- l'association n'a pas bénéficié d'un montant cumulé d'aides publiques > 500 000 € au cours de ses deux derniers exercices précédents et de l'exercice fiscal en cours
- la signature d'un contrat d'engagement républicain
- la fourniture d'une attestation URSSAF de moins de 6 mois indiquant que la structure est à jour de ses cotisations sociales

Les dépenses d'investissement ne sont pas éligibles.

Une convention de financement est signée pour toutes subventions allouées.

Le projet doit être mené au cours de l'année N et être terminé avant le 31/12/N.

Au terme de l'action ou du projet, le bénéficiaire s'engage à transmettre le bilan et l'évaluation.

Validité des subventions de fonctionnement sur fonds nationaux et modalités de versement :

Pour toute subvention annuelle de fonctionnement décidée en N, le partenaire s'engage à fournir les documents justificatifs (cf : cahier des charges de l'appel à projets) de la réalisation du projet N au plus tard le 30/06/N+1 afin de payer ou d'annuler le solde de la subvention.

Modalités de sollicitation :

Les demandes de subvention de fonctionnement doivent être formalisées via le dossier de demande de financement publié en annexe de l'appel à projet disponible sur le site internet de la CCSS, ameli.fr et caf.fr.

Calendrier :

Décembre (N-1) : Lancement de l'appel à projets

Février N : Date butoir de dépôt des demandes

Mars N : Étude des dossiers - Présentation des dossiers et vote des subventions par la CASS

Avril N : Notification de rejet ou d'attribution et signature de la convention

OBJECTIF :

Soutenir les partenaires conventionnés, dans le cadre de subvention(s) de fonctionnement et d'investissement sur fonds nationaux et sur fonds locaux, qui offrent des services aux familles et ou qui développent une action dans les domaines prioritaires de l'Action sociale :

Ces aides permettent notamment de développer l'offre de service, d'améliorer la qualité d'accueil et réduire le montant des contributions familiales.

Conditions spécifiques d'attribution :

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale étudie et statue sur les demandes de subvention sur fonds locaux ainsi que celles relevant des Fonds Nationaux (déterminées par le cadre réglementaire CNAF).

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale délivre les agréments pour les équipements suivants : Espaces de Vie sociale, Centres Sociaux, Relais Petite Enfance, Lieux d'Accueil Enfants-Parents, Foyers de Jeunes Travailleurs au titre du projet socio-éducatif, Prestation de Service Jeunes, Pôle Ressources Handicap, Point d'Accueil Écoute Jeunes.

La CASS peut accompagner financièrement les partenaires dans leurs démarches de retour à l'équilibre, sous réserve :

- d'une analyse préalable et partagée de la situation financière de la structure,
- d'une mise en place d'un plan d'action de retour à l'équilibre,
- d'un cofinancement du déficit avec la participation de la collectivité territoriale.

La CCSS ne peut venir en soutien que dans le cadre d'un **co-financement** et dans la **limite de 80%**.

La demande est étudiée sur la base du coût HT pour les collectivités locales (lorsque l'objet est éligible à une exonération de TVA) et TTC pour les associations.

Les produits et travaux ne peuvent être acquis ou réalisés avant réception de la notification de décision de financement (sauf avis dérogatoire de la CCSS).

Modalités de sollicitation :

La CASS examine les dossiers complets qui lui sont parvenus au moins trois mois avant la tenue de la commission.

Les demandes de subvention doivent être établies via le dossier de demande disponible sur le site internet de la CCSS et caf.fr.

Les demandes de subvention doivent comporter à minima deux devis comparatifs pour les articles ou prestations excédents un prix unitaire de 800 euros.

La décision d'acceptation ou de rejet de la demande est notifiée. Une convention de financement est proposée à la signature pour toutes subventions supérieures à 23 000 € conformément à l'article 1 du décret 2001-495 du 6 juin 2001. En deçà, la CCSS se réserve néanmoins le droit d'exiger un conventionnement.



Les subventions d'investissement

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale peut allouer des aides à l'investissement, sur fonds locaux (autorisation de programme) ou sur fonds nationaux (Fonds Publics et Territoires, Plan d'Investissement pour l'Accueil du Jeune Enfant, Fonds de Modernisation).

Validité des subventions d'investissement : Pour toute subvention d'investissement $\leq 30\,500$ € décidée en N, le partenaire s'engage à fournir les documents justificatifs (comptes de résultats, factures, ...) de la réalisation du projet **au plus tard le 30/06/N+3**. Faute de réception des justificatifs dans ces délais, l'aide sera annulée en tout ou partie. Le financement du projet, à nouveau, est possible uniquement sur décision de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale.

Pour toute subvention d'investissement $> 30\,500$ € décidée en N (Fonds Publics et Territoires et autorisation de programme), le partenaire s'engage à fournir les documents justificatifs (comptes de résultats, factures,...) de la réalisation du projet **au plus tard au 30/06/N+5**. Seule la Commission d'Action Sanitaire et Sociale pourra se positionner favorablement avant le 30/06/N+5 à un report des financements pour une durée renouvelée de 4 ans maximum. Dans la négative, l'aide sera annulée en tout ou partie et la CCSS réclamera au titre d'indu les sommes éventuellement versées.

Pour les subventions d'investissement sur fonds nationaux (Piaje, Fme) : Les travaux financés doivent être achevés dans les trente-six mois suivant la décision d'engagement des crédits et tous les paiements doivent être effectués dans les douze mois suivant l'ouverture de l'établissement d'accueil ou la fin des travaux.



Les subventions de fonctionnement

Dans la limite du budget voté, **la Commission d'Action Sanitaire et Sociale peut allouer des subventions de fonctionnement** sur fonds locaux ou sur fonds nationaux (Fonds Publics et Territoires et Fonds de Promotion des valeurs de la République).

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale vote un seul type de subventions de fonctionnement sur fonds locaux : les subventions dites variables. Ces subventions de fonctionnement sont déterminées en fonction d'un élément variable non connu à l'avance, par exemple sur la base de budgets prévisionnels de fonctionnement, ou du reste à charge du partenaire, ou du nombre d'unités d'œuvre financées.

Validité des subventions de fonctionnement sur fonds locaux et sur fonds nationaux

Pour les subventions annuelles

Pour toute subvention annuelle de fonctionnement décidée en N, le partenaire s'engage à fournir les documents justificatifs :

(comptes de résultats, factures,...) de la réalisation du service N **au plus tard au 30/09/N+1** afin de payer ou d'annuler le solde de la subvention avant le 15/12/N+1.

Pour les subventions pluriannuelles

Pour toute subvention pluriannuelle de fonctionnement décidée en N, les principes ci-contre sont identiques.

Les documents justificatifs de la réalisation du service N+1 sont à transmettre selon le même échéancier en N+2, soit **au plus tard au 30/09/N+2** (dans le cas d'une subvention sur deux ans).

Pour les subventions annuelles et pluriannuelles

Faute de production les documents justificatifs au 30/09/N+1 par rapport à l'exercice de déroulement de l'action, alors la CCSS n'est plus engagée vis-à-vis du partenaire. Elle procède à l'annulation de la subvention avant le 15/12/N+1 et réclame au titre d'indu les sommes éventuellement versées.

CHAPITRE 2 : LES AIDES INDIVIDUELLES BRANCHE SANTÉ



OBJECTIF :

Dépasser le cadre des prestations légales via une aide ponctuelle aux assurés en situation difficile et contribuer à un meilleur accès aux soins :

- **La complémentaire santé**

favoriser l'acquisition et le maintien d'une complémentaire santé.

- **Les secours**

soutenir financièrement les assurés rencontrant une baisse de ressources liée à une problématique de santé.

- **L'accès aux soins**

permettre une égalité d'accès aux soins des publics les plus fragiles : aides pour **frais d'hospitalisation, aides pour frais auditifs, dentaires ou optique...**

- **La réinsertion professionnelle**

contribuer à lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes en arrêt de travail, notamment de longue durée, pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

- **Le maintien à domicile**

favoriser le maintien à domicile des personnes en fin de vie et des patients non retraités en perte d'autonomie transitoire en raison d'une pathologie grave ou d'un accident.

- **Le retour à domicile**

faciliter le retour à domicile des patients non retraités à la suite d'une hospitalisation avec la prise en charge partielle des frais liés à l'intervention d'une aide à domicile.

- **L'aide aux personnes en situation de handicap**

contribuer au financement d'un appareillage, une adaptation du logement ou une intervention à domicile.

Les aides individuelles branche santé

Conditions spécifiques d'attribution :

- **Être affilié à la CCSS de la Lozère** ou être assuré d'une section locale (MGEN).
- **Disposer d'une complémentaire santé au moment de la demande** (sauf pour les secours, les aides à domicile et les aides pour l'acquisition d'une mutuelle).

Sont exclus les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME).

Les usagers ayant commis une fraude au regard de la législation de la Sécurité sociale au cours des trois dernières années précédant la demande ne sont pas éligibles à une prestation extra légale.

Recevabilité des dossiers :

Toute demande devra être déposée avec le dossier de demande d'aide financière (annexe 1) et les pièces justificatives :

- **le devis ou facture de moins d'un an,**
- **la prescription médicale de moins d'un an,**
- **la participation ou non-participation de la mutuelle,**
- **le dernier avis d'imposition**

Les prestations légales et les aides accordées par les organismes complémentaires **doivent être sollicitées en priorité**. (assurances, employeur, fonds de compensation du handicap ...)

Le dépassement d'honoraire de professionnels de santé n'est pas pris en charge.

Selon l'objet de la demande, le service d'intervention sanitaire et sociale peut solliciter :

- une évaluation **sociale auprès du service social de l'Assurance Maladie,**
- un accompagnement à la mutualisation ou aux soins auprès de la Mission Accompagnement Santé (MISAS),
- un avis médical auprès de la **direction médicale.**

Comme tout dispositif destiné aux publics fragiles, les aides sont soumises à conditions de ressources. **Tout dossier dépassant le plafond des ressources fera l'objet d'un refus par le service administratif (cf. annexe n°2).**

Toutefois, sur signalement du service médical, du service social ou des services de la CCSS, la CASS a la faculté d'examiner tout dossier et d'adapter sa décision à la situation de l'assuré.

Modalités d'attribution :

- **forfait** (exemple : aides en faveur d'une complémentaire santé),
- **calcul du Reste à vivre (RAV) (cf. annexe n°2)** pour les demandes de secours constituées par le service social de l'Assurance Maladie et les aides pour le maintien à domicile,
- **quotient familial (cf. annexe n°2)** – Le quotient familial retenu est celui au moment de la demande. Si besoin, l'avis d'imposition sera demandé pour calculer le quotient familial.

Des barèmes sont fixés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour les aides dans le cadre du dispositif « Prado » et les aides aux soins palliatifs.

Les demandes d'aide dont le **reste à charge** (après remboursement sécurité sociale et mutuelle) **est inférieur à 50 € feront l'objet d'un rejet.**

Les demandes d'aide pour la réalisation de soins doivent concerner des soins délivrés par des professionnels de santé conventionnés ou par des psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologue, ergothérapeutes et diététiciens titulaires d'un diplôme d'État.

Examen des demandes :

À compter de la date de notification de la décision :

- l'assuré doit justifier du **début de l'exécution des soins dans un délai de 6 mois**. Ce délai peut être rallongé sur **justificatif médical** dans la limite d'un an pour réaliser les soins,
- l'assuré doit **fournir les éléments nécessaires** au paiement de l'aide sollicitée **dans un délai maximum de deux mois après la réalisation des soins (3 mois pour les bilans de compétences)**,
- l'aide accordée doit être utilisée dans un **délai d'un an maximum**. (2 ans pour travaux)

Si ces conditions ne sont pas remplies l'aide sera annulée.

Paie ment :

- sur facture de moins d'un an
- le paiement sera exécuté en priorité sur le compte bancaire du **Tiers**.

Relance :

Un courrier de relance sera envoyé à l'assuré à la date butoir de la notification accompagné d'un appel téléphonique. Sans réponse, le dossier sera clôturé automatiquement 1 mois après la relance.

PARTIE 1 : Aides pour faciliter l'accès aux soins et à la santé



Secours pour perte de revenus

Délibération CASS pour les montants d'aide > 1 000 €

Après évaluation du service social de l'Assurance Maladie, une demande de secours pour les personnes en arrêt de travail peut être sollicitée à la suite de **difficultés financières causées par la maladie, l'invalidité, le handicap et à leurs conséquences directes.**

Sont exclues :

- Les aides des charges liées exclusivement au logement (factures EDF/GDF, dettes de loyer, eau) pour lesquelles le Fonds de Solidarité Logement (FSL) doit être sollicité.
- Les aides dans l'attente du paiement d'une pension d'invalidité ou d'indemnités journalières (une demande d'acompte doit être privilégiée) spécificité relative à la perte de revenus.



Les aides en faveur d'une complémentaire santé

Délégation service administratif
Aide forfaitaire



Aide en complément de la complémentaire santé solidaire (CSS) participative

Une aide peut être attribuée pour les assurés qui éprouvent des **difficultés à assumer le reste à charge de la participation financière CSS**. Le montant de l'aide correspond à 1/3 de la participation financière CSS annuelle.

Les années suivantes, si les conditions de ressources sont remplies, l'aide sera limitée à 50 %.



Aide en l'absence de la CSS participative

Pour les assurés dont le calcul des ressources sont supérieures au plafond d'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire participative (CSS) et dans la limite de +15 %, une aide forfaitaire est attribuée automatiquement selon la tranche d'âge par le service administratif afin de faciliter l'acquisition d'une complémentaire santé.

L'aide est accordée pour un an et fixée par tranche d'âge comme défini dans le tableau ci-dessous :

Âge du bénéficiaire au 1er janvier de l'année	0 à 29 ans	30 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et +
Aide attribuée	100 €/ an	200 €/ an	300 €/ an	400 €/ an	500 €/ an

NB : Les années suivantes, si les conditions de ressources sont remplies, l'aide sera limitée à 50%.



Les aides financières d'accès aux soins

Délibération CASS pour les montants d'aide > 1 000 €
Aide en pourcentage selon QF



Aide au frais d'hospitalisation

Une aide au paiement du forfait journalier et ticket modérateur peut être octroyée en cas d'épuisement du droit de la mutuelle en place.

Sont exclus :

- Chambre individuelle (sauf si justifié médicalement).
- TV, téléphone, Internet...



Aide pour les frais d'optique

Les opticiens proposent **une offre « 100% Santé » (classe A)** comprenant à la fois des montures et des verres de qualités, **entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé**. Les verres répondent à tous les besoins de correction visuelle et présentent de bonnes performances techniques (amincissement, verres anti-rayures, verres antireflets...).

En classe B, les tarifs sont libres, et la prise en charge Sécurité sociale est fortement minimisée.

La réforme du « 100 % Santé » s'applique pleinement.

Cependant une aide au paiement de lunettes en classe B peut
être demandée, sur devis
dans le cas où le 100 % santé ne s'applique pas.

Dans ce cas, un certificat médical circonstancié justifiant la
contre-indication médicale au 100 % santé ainsi que la prescription
médicale devront être joint à la demande.



Aide pour les frais dentaires

Il existe **3 paniers de soins** avec 3 niveaux de prise en charge et des plafonnements d'actes prothétiques ont été mis en place.

- Un panier « Reste à charge zéro » ou « 100 % santé » :

Comprenant un choix de prothèses dentaires fixes (bridges et couronnes) intégralement remboursables par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé, sans aucun reste à charge pour l'assuré. Ces prothèses utilisent différents matériaux de qualité, en fonction de la localisation de la dent dans la bouche.

- Un panier « Tarifs maîtrisés » :

Comprenant des prothèses dentaires dont les prix sont plafonnés. Selon les conditions du contrat de mutuelle, il peut y avoir un reste à charge pour l'assuré, mais modéré.

- Un panier « Tarifs libres » :

Les prix sont libres, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de prix plafonnés à respecter par le professionnel de santé. L'assuré a un reste à charge important (exigence esthétique particulière, techniques plus innovantes ...).

La réforme du « 100 % Santé » s'applique pleinement.

Cependant après étude et/ou avis du chirurgien-dentiste conseil de la direction médicale, une aide peut être demandé sur devis.

Frais d'orthodontie : Aide au paiement des semestres de traitement d'orthodontie enfant ou adulte.

L'avis du chirurgien-dentiste conseil de la **direction médicale** sera demandé pour les + de 16 ans. L'aide ayant une validité d'une année civile, la demande doit être renouvelée si besoin chaque année.

Aide pour les frais d'appareils auditifs

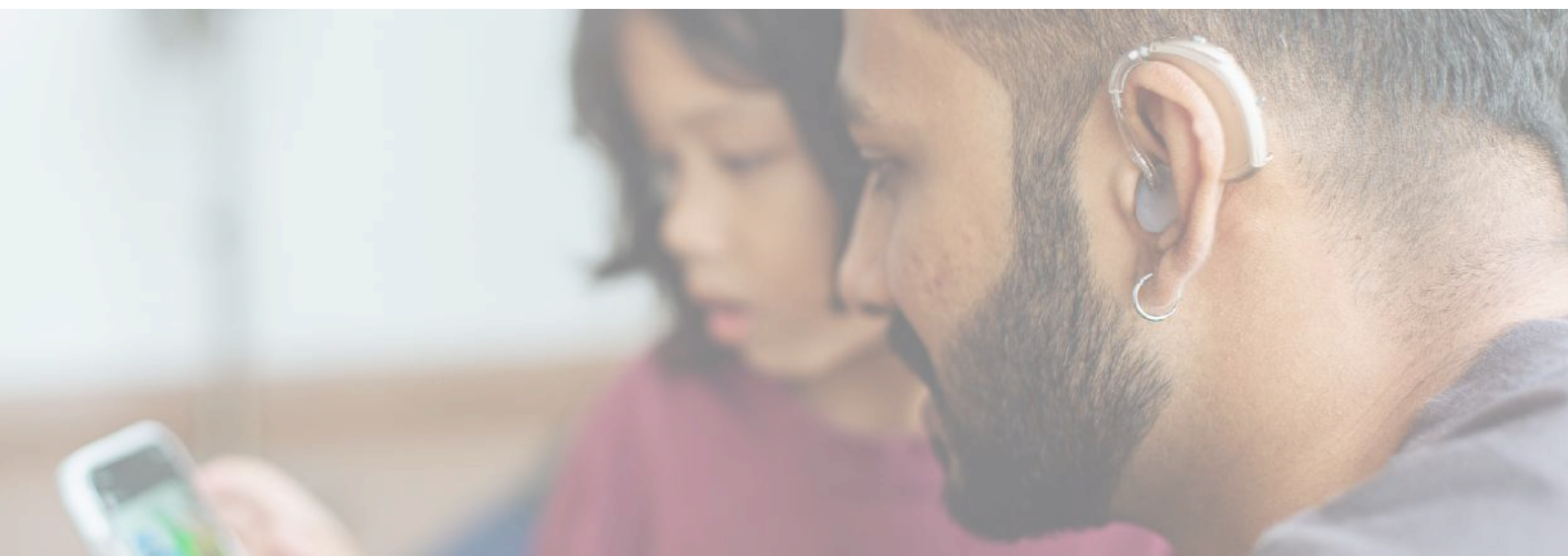
Les appareils auditifs sont répartis en deux :

- **La classe 1** : Des aides auditives dont le prix est plafonné avec un **reste à charge à zéro**. Les produits vendus sous l'appellation « 100 % santé », ne sont pas des produits low-cost. Les professionnels et les associations de patients se sont mis d'accord sur une qualité d'aides auditives.
- **La classe 2** : Les appareils auditifs issus de la dernière technologie dont **le prix est fixé librement**.

La réforme du « 100 % Santé » s'applique pleinement.

Cependant une aide au paiement d'un **appareil auditif classe 2** peut être demandée, sur devis.

Dans ce cas, **un certificat médical circonstancié** justifiant la contre-indication médicale au 100% Santé ainsi que **la prescription médicale** devront être joint à la demande.



Aide financière des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP cf. annexe 16)

Une aide peut être sollicitée auprès du service d'intervention sanitaire et sociale pour des dispositifs médicaux, traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des fauteuils roulants.



Aide aux frais de psychologie, psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie diététique et neuropsychologie

Non-remboursables par les prestations légales, une aide peut être sollicitée auprès du service d'intervention sanitaire et sociale pour ces prestations.

Pour toutes demandes (hors psychologie, diététique et bilan psychométrique) concernant les enfants de moins de 7 ans, la demande fera l'objet d'un refus. Le demandeur sera orienté vers la Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Lozère portée par le CAMSP de l'Hôpital Lozère. La Plateforme de Coordination et d'Orientation de Lozère s'adresse aux enfants de moins de 7 ans avec suspicion de Troubles du Neuro-Développement.

Elle permet la mise en place d'un parcours de bilan et d'intervention précoce en coordination avec un réseau de professionnels spécialisés.

Concernant les sollicitations au titre de séances de psychologie, il convient d'activer dans un premier temps le dispositif « mon soutien psy » qui permet une prise en charge de 12 séances par an par un psychologue partenaires expérimentés; en tenant compte de l'éloignement géographique.

La liste de ces professionnels est consultable sur : <https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>



Prestations supplémentaires facultatives

Le service d'intervention sanitaire et sociale peut attribuer des prestations supplémentaires en faveur de ses assurés ou de leurs ayants droit. L'arrêté du 26 octobre 1995 liste les 13 prestations supplémentaires facultatives. (cf. annexe 6)

-Aide pour les dispositifs et actes médicaux particuliers

Non-remboursables par les prestations légales, une aide peut être sollicitée auprès du service d'intervention sanitaire et sociale pour les médicaments, prothèses et divers équipements, dès lors qu'il existe une justification médicale. L'avis du service médical sera sollicité pour l'instruction de ces demandes.

-Aide pour se rendre au Centre d'Examen de Santé (CES)

Les demandes d'indemnisation du transport aller/retour pour se rendre à un Centre d'Examen de Santé seront prises en charge sur la base d'indemnités kilométriques (via logiciel mappy), fixé à 0,30€/km (arrêté du 30 mars 2015) ou des frais de transport en commun, sur justificatif du CES.



PARTIE 2 : Aides pour prévenir la désinsertion professionnelle

Délégation service administratif
Sans condition de ressources

Le recours aux fonds d'Action Sanitaire et Sociale trouve sa pleine application quand les besoins rencontrés ne sont que partiellement ou pas couverts par le compte personnel de formation (CPF) pour des assurés sociaux non reconnus travailleurs handicapés ou en voie de reconnaissance.

Après évaluation sociale du service social de l'Assurance Maladie et avis favorable du comité local PDP, le service d'intervention sanitaire et sociale peut financer des aides pour prévenir la désinsertion professionnelle pour des assurés en situation d'arrêt de travail :

- **Des contrats de rééducation** aux termes de la prestation supplémentaire n°9.

Dans ce cadre, il peut être attribué une indemnité qui ne peut dépasser le salaire mensuel de la catégorie professionnelle du futur métier des intéressés, 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 professionnels agréés ou qui bénéficient d'un contrat de rééducation chez l'employeur.

- **Des primes de fin de rééducation professionnelle**

Aux victimes d'accident du travail qui effectuent un stage de rééducation professionnelle (Article R 432-10-1 du Code de la Sécurité sociale) : 3 fois au moins et 8 fois au plus le montant du plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalières.

- **Des bilans de compétences pendant l'arrêt de travail**

Permettant d'évaluer l'aptitude et les motivations (co-financement des bilans par le CPF pour les salariés en activité). Prise en charge de 50%

- **Des actions de formation professionnelle continues, actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil**

Dans le cadre de l'article L323-3-1 du Code de la Sécurité Sociale : validation des acquis de compétences, bilans fonctionnels et/ou sessions de remobilisation, actions d'adaptation et de développement de compétence... (Cf. LR DDGOS 53/2012 du 18 juin 2012).



PARTIE 3 : Aides pour accompagner le retour et le maintien à domicile

✓ Aides au retour à domicile après une hospitalisation

- **Aide - retour à domicile (hors PRADO)**

Délégation service administratif
Aide en pourcentage selon QF

L'activation de ce dispositif est soumise à instruction d'une demande du service social de l'hôpital.
Une aide peut-être attribuée aux personnes ayant été hospitalisées.

Un forfait maximum de 12 heures par mois est octroyé pour une durée limitée à 3 mois maximum.



- **Dispositif PRogramme d'Accompagnement du retour à DOMicile (PRADO)**

Aide nationale
Aide selon barème CNAM

Cette prestation est activée sur décision de l'équipe médicale hospitalière en fin de séjour.

L'aide à la vie dans le cadre du dispositif PRADO est règlementée et s'appuie sur le barème de ressources de la CNAV en vigueur, qui fixe le tarif horaire de l'aide-ménagère et le taux de participation selon le niveau de revenus du patient.

En application du barème national (annexe 3), **la prise en charge est accordée pour 1 mois renouvelable jusqu'à 3 mois maximum, limitée à 20 heures par mois.**



Aides pour le maintien à domicile

Délégation service administratif
Aide en pourcentage selon RAV

Les aides sont soumises à l'évaluation du service social de l'Assurance Maladie (pour les aides à domicile).

Les assurés bénéficiaires d'une pension de vieillesse seront orientés vers la CARSAT. **Le service d'intervention sanitaire et sociale n'intervient pas pour les situations pouvant relever du champ de compétence de la Branche Famille ou du Conseil Départemental.**

Seules les prestations assurées par les associations conventionnées par la CCSS de la Lozère ouvrent droit à l'aide (portages de repas : forfait de 4 €/livraison et aide humaine). Le montant horaire est plafonné sur la base du barème national. Le dossier doit comporter une prescription médicale.

- **Aide à domicile des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou victimes d'un accident de la vie**

Il peut être accordé une aide pour les personnes en situation de fragilité ou d'isolement.

L'aide est plafonnée à **10 heures par mois** pour une **durée maximale de 6 mois**.

Pour les personnes atteintes d'une ALD, le renouvellement de l'aide est possible après une évaluation sociale et la demande du service social de l'Assurance Maladie sur la base du dossier initial si pas d'évolution sur la période.

- **Aide à domicile dans le cadre d'un handicap**

Il peut être accordé une aide pour les personnes **bénéficiaires de l'AAH, d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT supérieure à 10%**.

Un forfait maximum de **40 heures par an** est octroyé, renouvelable à la demande du service social de l'Assurance Maladie sur la base du dossier initial si pas d'évolution sur la période.

- **Aide technique dans le cadre d'un handicap**

De plus, **une aide pour des équipements** peut également être sollicitée pour :

- L'acquisition d'équipements techniques (appareillage, aménagement de véhicule, fauteuil roulant, prothèses, traitements spécifiques, aides pour la communication...) ;
- L'aménagement du logement ;
- Interventions d'aides humaines dont les aides ménagères exclues de la prestation de compensation du handicap.



Aides aux malades en soins palliatifs

Aide nationale
Aide selon barème CNAM

Dans le prolongement de la loi du 9 juin 1999 reconnaissant les soins palliatifs comme priorité de Santé Publique, la CNAM a initié en mars 2000 un dispositif d'aide au maintien à domicile des personnes en fin de vie avec financement sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale.

La CCSS de la Lozère intervient en faveur des personnes malades en phase évolutive ou terminale de leur maladie, à l'exception des personnes âgées sans pathologie particulière.



L'aide est activée sur signalement réalisé, soit par le service d'hospitalisation à domicile (HAD), soit par une équipe mobile de soins palliatifs, soit par un réseau spécialisé de soins palliatifs.

Le financement intervient pour :

- des interventions de gardes-malades,
- des fournitures spécifiques non remboursables en prestations légales et justifiées médicalement,
- des actions de formation des gardes-malades avec l'indemnisation du temps passé.

Les conditions de prise en charge sont détaillées en annexe 4, une seule aide est accordée par année civile.

La sollicitation doit être formulée à l'aide de l'imprimé en annexe 5.

CHAPITRE 3 : LES AIDES INDIVIDUELLES BRANCHE FAMILLE

Conditions spécifiques d'attribution :

- Avoir au moins un enfant de moins de 25 ans à charge au sens des prestations familiales ou, attendre un enfant.
- Percevoir au minimum une prestation familiale ou sociale servie par la CCSS de la Lozère (sont exclus l'ARS et le CMG)

PARTIE 1 : Aides délivrées dans le cadre d'un accompagnement par un travailleur social CCSS

Objectifs :

- Prévenir les risques associés à un événement fragilisant (la famille)
- Soutenir les familles dans leurs projets
- Permettre l'accès aux droits et l'équilibre financier

Modalités :

L'allocataire doit rencontrer un travailleur social du service d'intervention sanitaire et sociale de la CCSS. Une évaluation sociale sera réalisée et permettra de déterminer la nature et le montant de l'aide. Un justificatif de la dépense devra être fourni s'il y a lieu : devis, facture...

Au cours d'une année civile, deux demandes d'aides peuvent être réalisées. Dans le cas d'une deuxième demande le montant attribué sera minoré de 50 %.

La demande est formalisée par le travailleur social.

- Si le **montant de l'aide est inférieur à 1 000 €**, la demande est présentée en Commission d'Intervention Sanitaire et Sociale, qui a lieu **1 fois / semaine**.
- Si le **montant de l'aide est supérieur à 1 000 €**, la demande est présentée en Commission d'Action Sanitaire Sociale qui a lieu **1 fois / trimestre**.

Le travailleur social informe l'allocataire de l'accord ou du refus de la demande. Une notification par courrier lui est également adressée.

Champ d'action :

Accompagner et soutenir les familles dans les domaines de la parentalité, l'accès aux droits, l'insertion professionnelle et le logement, afin de prévenir l'accumulation de difficultés.

- **Séparation / divorce** : séances de médiation, équipement du logement, déménagement, honoraire avocat,
- **Décès enfants / décès parent** : frais obsèques, ...
- **Parents seuls** : frais de scolarité, ...
- **Impayés de loyer** : en relais d'une aide FSL délivrée par le Conseil Départemental de la Lozère.
- **Naissance** : équipement du logement, ...
- **Insertion** : régularisation de titre de séjour, carte grise, ...
- **Mobilité** : frais de déplacements, réparation, achat de véhicule, frais liés à l'obtention du permis de conduire, ...
- **Vacances** : réalisation d'un séjour de vacances

Secours :

Sur certaines situations un secours peut être accordé après une évaluation sociale. La somme est versée par virement bancaire sur le compte de l'allocataire.

Ce type d'aide est réservé aux familles, dont le quotient familial et **inférieur ou égal à 850 €**.

Prêt :

Le prêt est versé par virement bancaire après réception par la CCSS du plan de remboursement signé. Le nombre et le montant des mensualités sont évalués par le travailleur social en accord avec la famille. Les retenues se font sur les prestations familiales.

L'aide peut être versée à l'allocataire ou à un tiers avec l'accord de l'intéressé.

Dans le cas du paiement au fournisseur l'allocataire devra s'acquitter du différentiel pour récupérer ses articles.

Parents non-gardiens :

Parents dont les enfants sont en garde alternée mais qui ne sont pas considérés à charge sur le compte CAF.

Aide possible sous forme de prêt uniquement, pour les domaines suivants :

- Équipement du logement
- Financement du reste à charge des séances de médiation familiale
- Honoraire d'avocat



PARTIE 2 : Aides aux jeunes



Aide à la formation BAFA

Aide Nationale Forfaitaire

OBJECTIF :

Soutenir la qualification des animateurs chargés d'encadrer, à titre non-professionnel et occasionnellement, des enfants et adolescents en centre de vacances et de loisirs.

Conditions d'attribution et montant de l'aide :

- Avoir plus de 16 ans et résider en Lozère.
- Allocataire ou non mais relevant du régime général.

L'aide est versée sous forme d'un **forfait de 200 €**.

La demande est à adresser dans un **délai maximum de trois mois suivant la date d'inscription au stage d'approfondissement**.

Le formulaire de demande est téléchargeable directement sur le site **www.caf.fr**.

Aucune condition de ressources n'est requise pour l'octroi de cette aide.



OBJECTIF :

Dans le cadre de sa politique d'Aides aux Temps Libres, la CCSS soutien et encourage la pratique de loisirs des jeunes tout au long de l'année.

Les enfants concernés sont ceux :

- Ayant entre **6 ans et 17 ans** au moment de la demande.
- Dont les parents disposent d'un **QF ≤ 850 € au mois de janvier de l'année en cours**.

Si changement de situation familiale en cours d'année entraînant la modification de la base ressources, le nouveau QF peut être appliqué après accord du service.

En cas de garde alternée avec partage des Allocations Familiales, une seule aide par enfant est versée à l'un des deux parents.

Les activités concernées :**• L'enfant doit être inscrit auprès :**

- D'une association sportive / culturelle ou d'un club agréé par la DSDEN ou déclarée en Préfecture.
- De l'école départementale de musique.

• Ou l'enfant doit bénéficier :

- D'un abonnement cinéma via l'achat de carte(s) cinéma.
- D'entrée(s) à la piscine au titre de l'apprentissage de la natation.

Sont exclus du dispositif : les stages apériodiques sportifs/culturels et les activités pendant le temps scolaire (dont voyage scolaire).

Montant du Ticket Loisirs Jeunes :

L'aide s'élève à 70€ par enfant et par année civile.

Majoration de 50% pour les enfants ouvrant droit à l'AEEH (soit une aide de 105€).

Cette aide est cumulable avec le **Pass'Sport** du Ministère des Sports de la Jeunesse et de la vie Associative et le **Pass'Jeunesse** du Département de la Lozère.

Modalités d'intervention :

Après réception de la notification de droits dans le courant du 1er trimestre, la famille télécharge le formulaire « Ticket Loisirs Jeunes » directement sur le site **www.caf.fr** ou sollicite le formulaire auprès de la CCSS de la Lozère.

Le paiement s'effectue directement à la famille sur présentation du formulaire complété, signé et tamponné par l'association avant le **01 décembre de l'année en cours**.

PARTIE 3 : Aides aux vacances

Dans le cadre de sa politique d'Aides aux Temps Libres, la CCSS de la Lozère propose des aides pour faciliter le départ en vacances :

- des enfants,
- des familles.

Conditions spécifiques d'attribution :

Le séjour doit se dérouler pendant les vacances scolaires si les enfants sont soumis à l'obligation scolaire.

Dans une situation de garde alternée avec partage des Allocations Familiales : une seule aide est versée au parent ayant la garde de l'enfant au départ du séjour.

Toutefois, l'année suivante l'autre parent sera prioritaire pour l'attribution de l'aide.

Si un changement de situation familiale intervient en cours d'année et entraînant la modification de la base ressources, alors le nouveau QF peut être appliqué après accord du service Action Sociale.

Modalités d'intervention :

Les bénéficiaires sont informés de leurs droits potentiels durant le 1er trimestre de l'année civile par l'envoi d'une notification « Aides aux Temps Libres ».

Un seul séjour financé par an et par famille, en France métropolitaine (pour les vacances en famille).

NB : la CCSS ne peut être tenue responsable de la qualité des prestations et du bon déroulement des séjours.



Dispositif "Camps-Colo"

Délégation au service administratif

Aide en pourcentage selon QF

Conditions d'attribution :

- Enfant âgé de 6 à 17 ans
- Avoir un QF à ≤ 850 au 1^{er} janvier de l'année en cours
- Durée du séjour comprise entre 7 et 14 jours
- Un séjour par an auprès d'un seul organisateur

Calcul et montant de l'aide :

QF de l'année en cours	% de prise en charge *	Plafond prix journalier
0 € < QF < 550 € 551 € ≤ QF < 650 € 651 € ≤ QF < 750 € 751 € ≤ QF < 850 €	80 % du prix journalier 60 % du prix journalier 40 % du prix journalier 20 % du prix journalier	75 €

*Majoration de 10% du taux de prise en charge pour les bénéficiaires de l'AEEH.

Réservation :

- L'allocataire contacte directement les organisateurs conventionnés avec la CCSS de la Lozère (Cf site Caf.fr).
- L'inscription et le règlement du séjour se font directement auprès de l'organisateur.

En cas d'annulation du séjour par la famille la CCSS, ne prend pas en charge les frais.

La CCSS règle sa participation à la fin du séjour sur présentation d'un état récapitulatif de fréquentation. Sur demande du gestionnaire, un acompte de 50 % pourra être versé.



Opération 1er départ en vacances en partenariat avec l'UNAT (AVES)

Délégation au service administratif
Aide forfaitaire

Conditions d'attribution :

- Enfant âgé de 6 à 17 ans
- Avoir un QF à ≤ 850 au 1^{er} janvier de l'année en cours
- Durée du séjour comprise entre 7 et 14 jours

Réservation :

- La famille contacte un travailleur social de la CCSS pour connaître les séjours proposés et les modalités de réservation
- Une participation financière est demandée par famille correspondant à un forfait fixé par l'UNAT annuellement

En cas d'annulation du séjour par la famille, la CCSS ne prendra pas en charge les frais associés.



Aides Vacances en Famille (AVF)

Délégation au service administratif
Aide en pourcentage selon QF

Conditions d'attribution :

- Avoir un QF à ≤ 850 au 1^{er} janvier de l'année en cours
- Durée du séjour doit être de 7 jours consécutifs

Calcul et montant de l'aide :

QF de l'année en cours	% de prise en charge	Plafond
0 € < QF < 550 € 551 € ≤ QF < 650 € 651 € ≤ QF < 750 € 751 € ≤ QF < 850 €	80 % du coût du séjour 60 % du coût du séjour 40 % du coût du séjour 20 % du coût du séjour	750 €

Réservation :

La famille choisit un séjour dans un centre labellisé VACAF sur le site VACAF.org et réserve directement auprès du centre avec versement des arrhes.

L'aide de la CCSS est versée directement au centre agréé VACAF.



Aides Vacances Sociales (AVS)

Délégation au service administratif

Aide en pourcentage selon QF

Conditions d'attribution :

- Avoir un QF à ≤ 850 au 1^{er} janvier de l'année en cours
- Durée du séjour doit être de 7 jours consécutifs
- Avoir vécu un événement fragilisant récemment et/ou rencontrer des difficultés pour organiser un séjour

Calcul et montant de l'aide :

QF de l'année en cours	% de prise en charge	Plafond
$0 \text{ €} < \text{QF} < 550 \text{ €}$ $551 \text{ €} \leq \text{QF} < 650 \text{ €}$ $651 \text{ €} \leq \text{QF} < 750 \text{ €}$ $751 \text{ €} \leq \text{QF} < 850 \text{ €}$	95 % du coût du séjour 75 % du coût du séjour 55 % du coût du séjour 35 % du coût du séjour	1200 €

Réservation :

- La famille contacte un travailleur social de la CCSS pour être accompagné dans la réalisation de son projet de vacances.
- La réservation est effectuée par le travailleur social, dans un centre labellisé VACAF sélectionné avec la famille.
- L'aide est versée directement au centre agréé VACAF.



Vacances Individuelles Famille

Délégation au service administratif

Aide forfaitaire

Conditions d'attribution :

- Avoir un QF à $\leq 550 \text{ €}$ au 1^{er} janvier de l'année en cours

Montant de l'aide :

Aide forfaitaire suivant la durée du séjour

Durée	Montant
3 jours 7 jours	120 € 240 €

Réservation :

- La famille choisit librement son hébergement : hôtel, camping, centre agréé ou non VACAF en France métropolitaine.
- Le formulaire de demande doit être demandé par la famille **AVANT** le départ, auprès du service d'Action Sociale coordonnées sur Caf.fr.
- L'aide est versée directement à la famille sur présentation de la facture acquittée et du formulaire complété.



Séjour de répit pour les victimes de violences conjugales

Délégation au service administratif
Aide forfaitaire

Conditions d'attribution :

- Avoir perçu l'Aide aux victimes de violence conjugales au cours des 12 derniers mois

Montant de l'aide :

Aide forfaitaire suivant la durée du séjour

Durée	Montant
2 ou 4 nuits consécutives 5 ou 7 nuits consécutives	200 € 400 €

Réservation :

- La famille contacte un travailleur social de la CCSS pour bénéficier de l'aide et d'un soutien pour la réalisation du séjour
- Elle choisit librement :
 - le lieu : en France métropolitaine
 - le mode d'hébergement : hôtel, camping, centre agréé VACAF ou non,
 - la date et la durée du séjour : minimum 2 nuits consécutives et maximum 7 nuits consécutives

Modalités de paiement

Après validation du projet par le travailleur social :

- Paiement de 50 % de l'aide, au moment de la réservation
- Paiement du solde, dès réception des justificatifs de paiement du séjour
- Ces montants sont versés sur le compte de l'allocataire



Aide Aux Transports

Délégation au service administratif
Aide forfaitaire

Conditions d'attribution :

- Avoir un QF à ≤ 850 au 1^{er} janvier de l'année en cours.
- Le séjour de vacances doit se dérouler pendant les vacances d'été.

Montant de l'aide :

Aide forfaitaire en fonction de la distance (trajet aller) entre le domicile et le centre de vacances

Entre 200 et 400 kms : 100 €

Au delà de 400 kms : 200 €

L'aide au transport est versée automatiquement sans démarche de l'allocataire, une fois le séjour réalisé.



TABLE DES matières - ANNEXES



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

Annexe n°1

Dossier de demande d'aide financière.

Annexe n°2

Barème d'attribution (Aides individuelles) 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

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

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ORTHODONTIE | <input type="radio"/> HÉBERGEMENT |
| <input type="radio"/> DENTAIRE | <input type="radio"/> TRANSPORT |
| <input type="radio"/> OPTIQUE | <input type="radio"/> PERTE DE SALAIRE |
| <input type="radio"/> AUDITIF | <input type="radio"/> FOURNITURES / MÉDICAMENTS |
| <input type="radio"/> HOSPITALISATION | <input type="radio"/> APPAREILLAGE HANDICAP |
| <input type="radio"/> AIDE MÉNAGÈRE | <input type="radio"/> PSYCHOLOGIE / PSYCHOTHÉRAPIE |
| <input type="radio"/> AUTRES :..... | <input type="radio"/> 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 / CHARGES

- Si vous êtes allocataire de la CCSS, votre Quotient Familial (CAF) peut être pris en compte pour le calcul de la prise en charge
- Si vous n'êtes pas allocataire à la CCSS, merci de joindre votre dernier avis d'impôt sur les revenus

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.

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 :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 Social
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 soit :

1. En pourcentage selon le **Quotient Familial (QF)** cnaf du mois de la demande.
À défaut, l'avis d'imposition sera demandé pour calculer le quotient familial du foyer.
Le quotient familial peut être consulté sur le site [www.caf.fr/espace "Mon compte"](http://www.caf.fr/espace%20Mon%20compte)

Mode de calcul du quotient familial :

$$\text{QF} = \frac{\text{revenus bruts annuels (avant tout abattement fiscal)} + \text{prestations}}{\text{Nombre de parts}}$$

Le nombre de parts pris en compte dans le calcul est le suivant :

- 2 parts pour un couple ou une personne isolés
- 0.5 part par enfant
- 1 part pour le 3ème enfant
- 0.5 part par enfant supplémentaire
- 1 part par enfant handicapé AEEH

Montant de prise en charge déterminé en fonction de la tranche du QF (hors PRADO, aides pour le maintien à domicile, secours et soins palliatifs).

QF de la demande :	Taux de participation
0 € < QF < 550 €	80 %
551 € < QF < 650 €	60 %
651 € < QF < 750 €	40 %
751 € < QF < 850 €	20 %

2. En fonction du **Reste à Vivre (RAV)** pour les aides de maintien à domicile et secours. Ressources mensuelle du mois précédent la demande.

Le reste à vivre est le solde journalier ou mensuel des ressources par personne au foyer une fois déduites les charges estimées incompressibles.

$$\text{RAV} = (\text{Ressources du foyer} - \text{charges du foyer}) / \text{Nombre de parts}$$

Les ressources prises en compte sont :

- Revenus liés à une activité :
 - Salaires
 - Allocation chômage
 - Indemnités journalières
 - Revenus d'activités non salariée
 - Prime d'activité
- Pensions et rentes :
 - Pension d'invalidité
 - Majoration tierce personne
 - Pension retraite
 - Retraite complémentaire
 - Pension civile et militaire
 - Rente accident de travail ou survivant
 - Allocation veuvage
- Prestations diverses :
 - RSA
 - Allocation familiale
 - Allocation parent isolé
 - Prestation spécifique personne âgée ou handicapée
 - APL/AL
 - PAJE
 - Autre prestation compensatoire
- Revenus divers :
 - Revenu mobilier ou immobilier
 - Pension alimentaire

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

- Loyer et prêt d'accèsion à la propriété (sans les charges et sans assurance)
- Pension alimentaire versée
- La taxe foncière (mensuelle)
- La cotisation mensuelle à une complémentaire santé
- Forfait énergie et Télécommunication :

Nbre de personnes au foyer	Forfait énergie et télécommunications
1	220 €
2	360 €
3	600 €
4	650 €
5 et +	700 €
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 présentées par le service social de l'Assurance Maladie :

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

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 Cpm, 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 : €

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

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

- 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-malades

TABLEAU DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES FACULTATIVES

ameli-Réseau

DOC.METIER

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	<p>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 lieu de soins, soins récurrents et onéreux...) – Circulaire CNAM CIR-43/2019 du 17/12/2019</p> <p>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.</p> <p>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).</p>

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. <u>/!\</u> 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	<p>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.</p> <p>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.</p>
Prestation supplémentaire n°9	P09	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
Prestation supplémentaire n°10	P10	<p>Attribution d'une indemnité exceptionnelle aux assurés (ou leurs ayants droit) devant effectuer une cure thermique dans une station pour maladies nerveuses lorsque la cure doit dépasser, si le service médical l'estime justifié, la durée de 21 jours.</p>

Prestation supplémentaire facultative	Code PROGRES	Description
Prestation supplémentaire n°11	P11	<p>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.</p> <p>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).</p>
Prestation supplémentaire n°12	P12	<p>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.</p>
Prestation supplémentaire n°13	P13	<p>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.</p> <p>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).</p>