



FICHE : Prestations extra-légales CPAM **En cas de maintien à domicile en soins palliatifs** Dernière MAJ : 2/07/2003

Auteur, Division de l'Action Sanitaire et Sociale, Direction de l'Animation du Réseau, CNAMTS

L'Assurance Maladie participe à titre expérimental au maintien à domicile des personnes ressortissant du Régime Général en soins palliatifs en attribuant des prestations extra légales sous conditions de ressources pour :

- la prise en charge de frais de garde malade à domicile,
- la prise en charge de matériels et médicaments non remboursés au titre légal.

Pour mettre en place ce dispositif les CPAM bénéficient de dotations limitées.



FICHE : Prestations extra-légales CPAM **En cas de maintien à domicile en soins palliatifs** Dernière MAJ : 2/07/2003

Tout assuré social ou ayant droit, affilié au Régime Général de la Sécurité Sociale, ayant droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie dans les conditions suivantes :

[Qui peut en bénéficier ?](#)

1- Situation médicale

Les personnes malades, en phase évolutive ou terminale de leur maladie, prises en charge par :

- un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ,
- une Equipe Mobile de Soins Palliatifs,
- un Réseau Spécialisé en Soins Palliatif,
- en cas de carence des structures susvisées et après certification par le service Médical de l'Echelon Local un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

2- Sous certaines conditions

Afin d'analyser les ressources du bénéficiaire, le dernier avis d'imposition doit être fourni à la CPAM (revenu fiscal de référence).

Dans le cas d'un changement récent de situation, les 3 derniers bulletins de salaires seront demandés.

Une déduction des charges locatives et des frais d'accession à la propriété sera effectuée au vu de justificatifs.

Les plafonds de ressources pris en compte après étude des documents sus mentionnés seront les suivants :

- 1er niveau : pour un montant de ressources inférieur ou égal à 20 000 € par an pour une personne seule et à 33 000 € par an pour un couple,
- 2ème niveau : pour les ressources s'établissant entre 20 001 € et 30 000 € par an pour une personne seule et entre 33 001 € et 40 000 € par an pour un couple.

Le plafond de ressources retenues est majoré de 3 600 € par an et par enfant à charge.



FICHE : Prestations extra-légales CPAM En cas de maintien à domicile en soins palliatifs Dernière MAJ : 2/07/2003

1 – Participation aux frais de garde malade à domicile

[Quelles prestations ?](#)

Cette prestation se définit comme une aide de dépannage et a pour objet de permettre à l'entourage familial d'une personne en fin de vie de :

- faire face à une situation temporaire difficile (nuits...),
- pallier une absence momentanée pendant la journée, le week-end...

Le service rendu par la garde malade consiste à veiller au confort physique et moral de la personne, son activité ne saurait en aucun cas se substituer à celle d'autres intervenants (notamment les soignants).

La garde malade doit exercer sa mission dans le cadre d'une association oeuvrant en tant que mandataire ou prestataire.

La signature d'une convention entre la CPAM et les associations de gardes malades à domicile permet d'éviter l'avance des frais.

Dans le cas où le bénéficiaire ou un membre de sa famille a fait appel à une garde malade par le biais d'un prestataire de service, il est précisé que le bénéficiaire ou le membre de sa famille devient employeur de cette garde malade, en conséquence, au moment du décès des indemnités seront à verser pour rupture du contrat de travail à la charge de l'employeur.

Le montant maximal de prise en charge des frais de garde malade à domicile s'établit à :

- 2 655 € pour le 1er niveau de ressources (soit un plafond de ressources de 20 000 € par an pour une personne seule et 33 000 € par an pour un couple) ,
- 2 265 € pour la 2ème niveau de ressources (soit entre 20 001 € et 30 000 € par an pour une personne seule et entre 33 001 € et 40 000 € par an pour un couple) .

Cette participation est accordée par mesure individuelle pour une période non déterminée à hauteur de 90 % des dépenses effectives pour le 1er niveau de ressources et de 85 % des dépenses effectives pour le 2ème niveau.

Un renouvellement de cette prestation est possible après avis du service médical de l'Echelon Local.

2 – Prise en charge des matériels et médicaments non remboursés sur le risque

Cette prestation extra légale permet la prise en charge de toute fourniture (accessoires non référencés à la Liste des Produits et Prestations... ou dont le tarif de remboursement est inférieur au tarif public) et des dépenses de médicaments non remboursables au titre du risque dès lors qu'elles sont médicalement justifiées.

La participation restant à la charge de l'assuré est de 10% pour le 1er niveau de ressources et de 15 % pour le 2ème niveau de ressources.

Le remboursement est effectué sur facture.