

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES 2026

La politique d'action sanitaire et sociale (ASS) de la CPAM du Bas-Rhin repose sur diverses orientations :

- l'accompagnement des personnes fragilisées en raison d'une maladie ponctuelle ou de longue durée, d'un handicap, d'une invalidité, d'un accident du travail ;
- l'accès aux droits, aux soins et aux services de l'Assurance maladie, des personnes éloignées du système de santé ;
- le retour et le maintien à domicile des personnes hospitalisées ;
- l'aide à l'insertion sociale et professionnelle des personnes malades, vivant avec un handicap, invalides ou en accident du travail
- l'accompagnement des personnes en situation de souffrance mentale ou de handicap psychique, et de leurs aidants

Les prestations individuelles sont accordées par la Commission des aides financières individuelles, émanation du Conseil de la CPAM du Bas-Rhin. La Commission prend ses décisions en tenant compte de la situation du foyer et du plafond d'éligibilité. Ses décisions sont souveraines, il n'est pas possible de les contester.

***Ce document est communiqué à titre informatif et ne peut être opposable,
notamment en cas de modification en cours d'année.***

SOMMAIRE

1) Notion de foyer	3
2) Plafond d'éligibilité	3
3) Ressources et charges prises en compte lors de l'instruction d'une demande de prestation d'ASS	3
4) Aides relevant de l'accès aux soins	4
5) Aides pour accéder à une complémentaire santé	5
6) Aides à caractère social	5
7) Aides relevant de la prévention de la désinsertion professionnelle	5
8) Aides pour le retour et le maintien à domicile des personnes handicapées	6
A. Aides-ménagères	6
B. Aides liées à la compensation du handicap	6
9) Aides pour le retour et le maintien à domicile des malades en soins palliatifs	7
10) Aides pour le retour et le maintien à domicile des personnes malades ou en sortie d'hospitalisation	8
A. Aides-ménagères	8
B. Aides-ménagères dans le cadre de Prado	8
11) Principaux refus	9

1) Notion de foyer

Le foyer est composé du demandeur de l'aide et de toute personne vivant sous le même toit, à l'exception des colocataires :

- conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS ;
- enfants sans critère d'âge ;
- ascendants et collatéraux ;
- toute autre personne vivant au foyer, à l'exception des colocataires.

2) Plafond d'éligibilité

Le plafond d'éligibilité est modulé en fonction du nombre de personnes composant le foyer.

Nombre de personnes	1	2	3	4	5	6	7	8
Plafond	1 802 €	2 603 €	3 204 €	3 805 €	4 406 €	5 006 €	5 607 €	6 208 €

3) Ressources et charges prises en compte lors de l'instruction d'une demande de prestation d'ASS

Toutes les ressources du foyer (imposables ou non) sont prises en compte lors de l'instruction d'une demande de prestation ASS. Les ressources et charges prises en considération sont celles du mois précédant la demande.

4) Aides relevant de l'accès aux soins

Complément ticket modérateur	Concerne les frais de ticket modérateur de soins de ville ou hospitaliers.
Hospitalisation	Concerne le forfait journalier. <i>Sont exclus les frais de transport et de séjour de la famille du malade ainsi que les prestations pour convenances personnelles.</i>
Pharmacie	Concerne les médicaments non remboursables, vaccins, pansements, semelles orthopédiques, articles d'hygiène, alimentation spéciale, etc
Dentaire	Concerne les prothèses dentaires, les actes non remboursables Pour les prothèses dentaires, l'assuré est invité à s'orienter vers le dispositif du 100 % Santé, si malgré ce dispositif un reste à charge demeure, une aide est possible
Orthodontie	Concerne la prise en charge de semestre de traitement ou d'année de contention • Pour les enfants, jusqu'à 16 ans ou au-delà de 16 ans si le traitement a commencé avant 16 ans • Pour les adultes, un certificat médical est requis
Optique	Concerne les lunettes, les lentilles remboursées par la sécurité sociale Pour les lunettes, l'assuré est invité à s'orienter vers le dispositif du 100 % Santé, si malgré ce dispositif un reste à charge demeure, une aide est possible
Traitements non remboursables	Concerne les prises en charge thérapeutiques non remboursables : psychomotricité, ergothérapie, etc. Une prescription médicale doit accompagner la demande.

5) Aides pour accéder à une complémentaire santé

Compensation de l'effet de seuil (hors mutuelle financée par l'employeur)	Concerne les assurés ayant eu un refus à la Complémentaire Santé Solidaire et des ressources situées entre le plafond de la Complémentaire Santé Solidaire contributive et le plafond ASS
Complément à la Complémentaire santé solidaire payante	Concerne les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire payante (contribution financière ou incidents de paiement)

6) Aides à caractère social

Les aides à caractère social sont exclusivement attribuées sur proposition du service social de l'Assurance maladie. La maladie (ou l'invalidité) doit être à l'origine des difficultés financières de l'assuré.

Peuvent par exemple être attribuées :

- une aide pour les besoins élémentaires
- une aide affectée au logement
- une aide pour pallier l'absence brutale de revenus

Une aide financière relative aux frais d'obsèques peut être sollicitée. Elle concerne les enfants de moins de 20 ans et à charge, nés ou à naître et ne nécessite pas l'intervention du service social de l'Assurance maladie.

7) Aides relevant de la prévention de la désinsertion professionnelle

La CPAM peut attribuer des aides permettant le financement de modules de remobilisation.

8) Aides pour le retour et le maintien à domicile des personnes handicapées

A. Aides-ménagères

Il s'agit de la prise en charge des aides-ménagères accordées aux bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Une prise en charge exceptionnelle peut être accordée aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

Le critère de recevabilité étant l'isolement du demandeur.

Ces dossiers sont initiés par les assistantes sociales de l'assurance maladie.

B. Aides liées à la compensation du handicap

Les dossiers liés à la Compensation du Handicap sont en règle générale transmis par la MDPH.

Aides à la déambulation et au transport	Concerne les fauteuils roulants manuels ou électriques ; les poussettes, les tricycles ; les aménagements de véhicules ; les déambulateurs
Aides à la communication	Concerne les ordinateurs ; les télé-agrandisseurs ; les loupes ; le matériel de synthèse vocale ; les machines à écrire Braille ; toute aide permettant à la personne handicapée de communiquer et de se réinsérer dans la vie sociale et professionnelle
Aides au logement	Concerne les mains courantes ; les barres d'appui ; les agrandissements de portes ; les transformations de marches ; les rampes d'accès ; les ascenseurs, élévateurs, montes escaliers ; les aménagements de pièces ; les automatisations de portes et de volets ; l'installation de systèmes de contrôle d'environnement ; les aménagements sanitaires.
Prothèses auditives	Concerne les appareils auditifs simples et bilatéraux, prothèse ostéo intégrée Pour les appareils auditifs, l'assuré est invité à s'orienter vers le dispositif du 100 % Santé, si malgré ce dispositif un reste à charge demeure, une aide est possible
Autres aides liées au handicap	Concerne l'ensemble des aides liées au handicap non énumérées ci-dessus. Par exemple : lit, matelas anti escarres, fournitures d'articles d'hygiène.

9) Aides pour le retour et le maintien à domicile des malades en soins palliatifs

Il s'agit de la prise en charge des interventions de gardes malades au domicile des patients en soins palliatifs, interventions organisées par une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD), une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), ou un réseau de soins palliatifs.

Les assistantes sociales de ces structures initient ces demandes.

Plafond d'accès selon le niveau de prise en charge :

	Composition du foyer	Plafond annuel de ressources
Plafond annuel de ressources	Pour 1 personne seule	37 500 euros
	Pour 1 couple	50 000 euros
	Par personne en +	+ 4 500 euros

Peuvent également être financés :

- des fournitures et médicaments spécifiques non remboursables et justifiées médicalement par ordonnance.

10) Aides pour le retour et le maintien à domicile des personnes malades ou en sortie d'hospitalisation

A. Aides-ménagères

Il s'agit de la prise en charge :

- des aides-ménagères accordées aux personnes en arrêt maladie. Le critère étant l'isolement du demandeur.

Ces dossiers sont initiés par les assistantes sociales de l'assurance maladie.

- des aides-ménagères accordées aux personnes en sortie d'hospitalisation et/ou en traitement ambulatoire dans le cadre de pathologies lourdes avec des soins et / ou des traitements rapprochés.

Ces dossiers sont initiés par les assistantes sociales de l'assurance maladie ou les assistantes sociales hospitalières.

Pour les dossiers « **forfait 10 heures** », le plafond d'éligibilité est fractionné en tranches d'accès :

FOYER	1	2	3	4	% de participation (base = tarif CNAV en vigueur au 1 ^{er} janvier)
TRANCHE 1	Jusqu'à 1 081 €	Jusqu'à 1 562 €	Jusqu'à 1 922 €	Jusqu'à 2 283 €	95% soit 25,94 €
TRANCHE 2	De 1082 à 1 442 €	De 1563 à 2 083 €	De 1 923 à 2 563 €	De 2 284 à 3 044 €	80% soit 21,84 €
TRANCHE 3	De 1 443 à 1 802 €	De 2 084 à 2 603 €	De 2 564 à 3 204 €	De 3 045 à 3 805 €	60% soit 16,38 €

Les données ci-dessus sont purement indicatives, l'aide étant soumise à notification d'accord de la CPAM après étude du dossier.

B. Aides-ménagères dans le cadre de Prado

Il s'agit de la prise en charge d'aides-ménagères dans le cadre du Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile (PRADO).

Ces dossiers sont initiés par les assistantes sociales de l'assurance maladie ou les assistantes sociales hospitalières.

Une prise en charge d'actes et de prestations non remboursables, accordée aux assurés entrant dans le champ de PRADO est également possible.

11) Principaux refus

Sont refusés :

- les dossiers avec dépassement du plafond de ressources
- les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) sollicitant une aide pour une prestation prise en charge par la CSS
- les demandes d'aides pour résorption de dettes fiscales ;
- les frais liés à des exigences particulières de l'assuré (ex : chambre particulière pendant hospitalisation, etc.) ;
- les restes à charge inférieur à 30 euros (hors aides à la mutualisation), sauf pour les bénéficiaires de minima sociaux
- les dépassements d'honoraires (sauf soins dentaires et orthodontie) ;
- les frais d'obsèques pour adulte ;
- les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les participations forfaitaires et franchises ;
- les suppléments de cure (hors minima sociaux) ;
- la chirurgie esthétique ;
- les actes d'expertise ;
- les demandes concernant des factures prescrites
- les demandes relatives à des factures acquittées depuis plus de 6 mois (hors dossiers du Fonds départemental de compensation du handicap)
- les demandes relatives à une prestation remboursable par l'Assurance Maladie pour les assurés sans complémentaire santé qui ont déjà bénéficié d'une aide pour une prestation remboursable dans les deux années qui précèdent cette demande.
- s'agissant des soins dentaires : orthodontie adulte présentant un caractère purement esthétique, chirurgie dentaire, actes de radiologie et soins conservateurs ;
- s'agissant de l'aide-ménagère :
 - les personnes pensionnées vieillesse ayant fait valoir leur droit à la cessation effective d'activité salariée;
 - les personnes relevant du champ de compétence de la CAF ou relevant de l'Aide Sociale
- toute prestation pour laquelle il existe une offre 100% santé mais n'a pas été choisie par l'assuré