

DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE

RECEVABILITE D'UNE DEMANDE DE PRESTATION

CONDITIONS DE LA RECEVABILITE DE LA DEMANDE

De façon générale, les demandes de prestations sont recevables si les conditions suivantes sont remplies :

- la demande est signée par l'assuré ou la personne autorisée ;
- les renseignements fournis par l'assuré sur son état civil, y compris la nationalité et, le cas échéant, celui de son conjoint et de ses enfants sont certifiés par l'autorité compétente ou des pièces justificatives valables sont jointes ;
- la copie du titre de séjour est jointe pour les étrangers résidant en France.

☞ *Les ressortissants de l'EEE et de la Suisse n'ont plus besoin d'attester de la régularité de leur séjour en France par la présentation d'un tel document.*

Décret n° 2000-649 du 7 juillet 2000 - JO du 11 juillet

Seules les demandes remplissant l'ensemble de ces critères sont recevables et peuvent alors faire l'objet d'une étude du droit demandé.

VERIFICATION DE LA NATIONALITE

La nationalité fait partie des éléments d'état civil devant être authentifiés dans les imprimés de demande.

Les pièces justificatives de la nationalité du demandeur sont :

- pour les **ressortissants français**, toutes pièces justificatives permettant d'authentifier cet élément :
 - certificat de nationalité française délivré par le tribunal d'instance,
 - acte de naissance avec, le cas échéant, mention marginale concernant la nationalité,
 - carte nationale d'identité en cours de validité,
 - passeport.

Si l'assuré est dans l'impossibilité de présenter l'un de ces documents, à titre exceptionnel, il est présumé être de nationalité française dès lors qu'il a pu prouver sa naissance en France. En effet, avant la loi n° 93-933 du 22 juillet 1993, la nationalité française était accordée automatiquement à toute personne née sur le sol français.

- pour les **ressortissants étrangers**, tout document prévu à cet effet par l'Etat dont ils sont ressortissants ou tout titre de séjour sur lequel la nationalité est indiquée. La copie du titre de séjour doit être certifiée conforme par une autorité compétente (agent d'accueil, mairie, commissariat, ...) ;

- pour les **apatrides et les réfugiés**, le certificat délivré par l'OFPRA. Le récépissé de demande d'obtention du statut d'apatride ou de réfugié auprès de l'OFPRA ne peut être retenu car il n'offre pas la certitude que cette qualité sera reconnue.

Circulaire n° 60-96 du 28 juin 1996

CONGES PAYES DANS LE PAYS D'ORIGINE

Certaines conventions bilatérales de Sécurité sociale prévoient l'octroi de prestations en nature au ressortissant qui séjourne dans son pays d'origine lors de ses congés payés.

Dans cette hypothèse, les prestations sont servies par le pays de séjour (pays d'origine) pour le compte du pays d'emploi (France).

Le principe est applicable à tout congé, quelle que soit sa durée, dès lors que le contrat de travail en France est maintenu, que le salaire continue à être versé et les cotisations sociales précomptées.

Ainsi, sont assimilés à des congés au sens des conventions bilatérales de Sécurité sociale, les jours de RTT (Réduction du Temps de Travail) et les repos compensateurs.

Circulaire DSS/DACI n° 2001-718 du 9 février 2001 - BOMES du 10 mars 2001

PRESTATIONS EN NATURE

DEFINITION

Les prestations en nature correspondent, d'après l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 - JO du 12 février :

- aux frais de médecine, générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- à la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins, ou de subir des examens, appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de Sécurité sociale selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en conseil d'Etat ;
- à la couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du Code de l'éducation ;
- à la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section du chapitre III bis du titre Ier du livre II du Code de la santé publique ;
- à la couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du Code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale ;
- à la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du Code de la santé publique.

CONVENTION MEDICALE

Les rapports entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les praticiens et auxiliaires médicaux sont définis par les conventions nationales (conventions conclues entre la Sécurité sociale, les syndicats de professions médicales).

Ces conventions ont pour but de rapprocher les bases de remboursements des honoraires.

Elles doivent être agréées par le Gouvernement.

La convention médicale est signée pour **4** ans.

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE

OUVERTURE DU DROIT POUR UN AN

Pour bénéficier des prestations en nature, l'assuré doit remplir des conditions minimales fixées par le décret n° 93-687 du 27 mars 1993, modifiées par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 pour tenir compte de la précarisation du marché du travail :

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à **60** fois le SMIC horaire pendant un mois civil ou **30** jours consécutifs ;

ou

- justifier de **60** heures de travail, salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou de **30** jours consécutifs ;

ou

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à **120** fois le SMIC horaire pendant **3** mois civils ou de date à date ;

ou

- justifier d'au moins **120** heures de travail, salarié ou assimilé, pendant **3** mois civils ou de date à date.

Le droit aux prestations en nature est alors ouvert pendant deux ans suivant la fin de la période de référence, plus une année au titre du maintien de droits.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale

OUVERTURE DU DROIT POUR DEUX ANNEES

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature pendant les deux années civiles suivant la fin de celle au titre de laquelle il justifie :

- avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à **2 030** fois le SMIC horaire ;

ou

- avoir effectué **400** heures de travail, salarié ou assimilé, au cours de l'année civile.

Cette durée de deux ans est prolongée d'un an au titre du maintien de droits.

Pour les travailleurs salariés entrant dans le régime général pour la première fois, la condition minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigée pour percevoir les prestations en nature des assurances maladie-maternité est suspendue pendant un délai de **3** mois à compter de la date d'entrée dans le régime.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale

Cela signifie que le travailleur salarié peut, sans attendre d'avoir rempli les conditions minimales d'ouverture des droits, bénéficier de remboursements de soins dès son immatriculation à la CPAM. Cependant, l'employeur doit s'engager à conserver le travailleur à son effectif pendant au moins **3** mois.

Ce délai de trois mois de résidence en France est inopposable aux volontaires internationaux ayant effectué une mission à l'étranger dans le cadre du service national universel et qui, lors de leur retour en France, ne sont pas assurés à un autre titre (soit au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, soit en tant qu'ayants droit), ce qui leur permettra de bénéficier sans délai de la protection sociale au travers de la couverture maladie universelle de base.

NOUVEAU REGLEMENT CE N° 883/2004

Le règlement CE n° 1408/71 a été abrogé par le nouveau règlement CE n° 883/2004. En effet, il simplifie les mécanismes de fonctionnement de coordination des systèmes de Sécurité sociale et il intègre la jurisprudence récente de la Cour de Justice des Communautés européennes en vue de se mettre en conformité avec celle-ci.

Le nouveau règlement CE n° 883/2004 et son règlement d'application n° 987/2009 sont en vigueur depuis le 1^{er} mai 2010.

Le décret n° 98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le Code de la Sécurité sociale est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/mobilité/docs/decret98-275.pdf

BENEFICIAIRES

ASSURE

L'assuré est le salarié, tel qu'il a été défini dans le cadre de l'assujettissement. De plus, il ouvre droit aux prestations en nature pour lui-même et les membres de sa famille considérés comme ayants droit, sous réserve de remplir des conditions d'ouverture du droit.

L'assuré bénéficie d'un maintien de droit pendant **1 an** à compter de la cessation d'activité ; le maintien de droit court à partir de la fin de la période de préavis, y compris la période correspondant à l'indemnité compensatrice de congés payés.

Assuré de nationalité étrangère

Les assurés de nationalité étrangère ont droit aux prestations de l'assurance maladie à condition de justifier de la régularité de leur séjour en France par la production de l'un des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un de ces titres ;
- récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de **6 mois** renouvelable portant la mention «reconnu réfugié» ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention «étranger admis au titre de l'asile» d'une durée de validité de **6 mois** renouvelable ;
- récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention «a demandé le statut de réfugié» d'une validité de **3 mois** renouvelable ;
- autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de court séjour ou pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français pour une durée inférieure à **3 mois** ;
- autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;
- contrat de travail saisonnier visé par la DIRECCTE ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention «il autorise son titulaire à travailler» ;
- carte de frontalier.

Articles D. 161-25-1 et D. 115-1 du Code de la Sécurité sociale modifiés par décret n° 98-1172 du 22 décembre 1998 - JO du 23 décembre

Ressortissants des États membres de l'Union européenne ou des États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Suisse

Les ressortissants de l'EEE et la Suisse ainsi que les membres de leur famille, n'ont plus à attester de la régularité de leur séjour en France depuis juillet 2000.

Décret n° 2000-649 du 7 juillet 2000 - JO du 11 juillet

Date de versement des prestations pour les personnes de nationalité étrangère

Les caisses primaires d'assurance maladie doivent servir les prestations aux assurés à compter du début de la période de validité figurant sur les titres ou documents de séjour et non à la date d'arrivée en France des personnes concernées.

Circulaire DGR n° 101-95 du 19 octobre 1995

AYANTS DROIT DE L'ASSURE

Conjoint de l'assuré

Il s'agit de l'époux ou de l'épouse. Ce conjoint ne doit pas pouvoir prétendre aux prestations d'un régime obligatoire auquel il est affilié personnellement (artisan, commerçant, profession libérale, régime spécial, etc.). Il s'agit du conjoint légitime non divorcé, même séparé de corps.

Le conjoint séparé qui n'est pas personnellement assuré continue à bénéficier des prestations en nature au même titre que le conjoint non séparé. La mention conjoint séparé de droit ou de fait doit être alors mentionnée sur les demandes de remboursement.

Pluralité d'épouses

Il peut s'agir d'un salarié dont la nationalité autorise la polygamie.

En cas de pluralité d'épouses résidant en France, seule peut bénéficier des prestations du fait d'un assuré, celle des épouses pour laquelle l'intéressé a introduit la première demande en prestation pour un risque quelconque.

Lettre CNAVTS du 27 août 1984

Dans le cas où le conjoint ouvre ses propres droits du fait d'une activité salariée, la qualité d'ayant droit peut être attribuée à une autre épouse.

☞ *La polygamie est interdite en France. La constatation d'une situation polygame par les autorités françaises, peut conduire au retrait du titre de séjour de l'assuré et des secondes épouses et suivantes.*

Ex-conjoint divorcé

En cas de divorce, l'ex-conjoint continue à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie pendant un an à compter de la date de transcription du jugement de divorce. Ce délai est prolongé tant qu'il a un enfant à charge et ce, jusqu'au 3^e anniversaire du dernier enfant (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

A l'expiration de ces périodes de maintien de droits, le conjoint divorcé ayant eu ou ayant à sa charge 3 enfants bénéficie d'un maintien de droits sans limitation de durée.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

☞ *La pension de réversion est attribuée au conjoint divorcé non remarié ; cependant, le bénéfice des prestations en nature n'est accordé qu'au conjoint survivant non divorcé, à la date du décès.*

Lettre ministérielle du 24 mai 1990

Conjoint survivant

Le conjoint survivant d'un assuré décédé bénéficie d'un maintien de droit pendant **4** ans ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de **3** ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de **3** ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

Le conjoint survivant ayant eu ou ayant à sa charge **3** enfants bénéficie d'un maintien de droits sans limitation de durée.

Le conjoint survivant divorcé non remarié, s'il bénéficie d'une pension de réversion, n'est cependant pas pris en charge au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Seul peut être reconnu le conjoint survivant non divorcé à la date du décès.

Concubin

La personne qui vit en concubinage avec un assuré social et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente a la qualité d'ayant droit. Cette qualité doit être prouvée par une simple déclaration sur l'honneur auprès de la caisse primaire de rattachement de l'assuré. La déclaration est renouvelable chaque année.

Le concubin (ou concubine) qui ne remplit plus les conditions requises pour rester ayant droit continue à bénéficier d'un maintien de droit pendant **1** an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de **3** ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de **3** ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

Le concubin (ou concubine) survivant, ayant droit de l'assuré décédé, qui a élevé au moins **3** enfants, bénéficie, sans limitation de durée, du maintien de droit.

☞ *Nouvelle définition du concubinage : union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre 2 personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.*

PACS (pacte civil de solidarité)

La personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité a la qualité d'ayant droit lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 - JO du 16 novembre

Aucune condition de durée de vie commune n'est fixée. Le partenaire lié par un PACS doit être à la charge totale effective et permanente de l'assuré copartenaire du PACS.

Enfants de moins de 16 ans

Ce sont les enfants âgés de moins de **16** ans, non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, recueillis ou adoptifs.

Enfants de moins de 20 ans

Ce sont les enfants qui poursuivent leurs études, même par correspondance, ou qui sont atteints d'infirmité ou de maladies chroniques et sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

La qualité d'ayant droit cesse au **20^e** anniversaire.

Pour continuer à bénéficier des prestations, l'enfant doit s'affilier au régime obligatoire des étudiants. Les prestations seront servies dès le lendemain de son anniversaire par le régime des étudiants.

Les enfants atteignant leur **20^e** anniversaire, et ne relevant pas du régime étudiant, bénéficient d'un maintien de droit pendant **12** mois uniquement s'ils poursuivent des études techniques ou secondaires.

Les enfants relevant du régime étudiant sont pris en charge par le régime général jusqu'au jour de leur **20^e** anniversaire.

Lorsque l'enfant, âgé de **16** ans au moins et **20** ans au plus, termine ses études au 30 juin d'une année, il conserve la qualité d'ayant droit jusqu'au 30 septembre de l'année correspondante. De plus, il bénéficie d'un maintien de droit jusqu'au 30 septembre de l'année suivante.

Si l'enfant interrompt ses études au cours de l'année scolaire, le délai de maintien de droit de **12** mois commence à compter du lendemain de la date de cessation des études.

Poursuite d'études à l'étranger

Il est possible de maintenir la qualité d'ayant droit à l'enfant qui poursuit des études à l'étranger, sous réserve que l'établissement secondaire où il est inscrit lui donne une instruction générale comportant des conditions de travail ou d'assiduité, de contrôle ou de discipline telle que l'exige la préparation pour l'obtention d'un diplôme officiel.

En ce qui concerne l'enseignement post-baccalauréat, il appartient au demandeur de prouver, par tous les moyens, que les études qu'il poursuit à l'étranger préparent à l'obtention d'un diplôme officiel équivalent en France.

Lettre CNAMTS - Bull. jur. n° 41-1991

Enfants de plus de 20 ans ayant interrompu leurs études par suite de maladie

Les élèves des établissements d'enseignement public ou privé, âgés de plus de **20** ans, qui ne bénéficient pas de protection sociale, conservent la qualité d'ayants droit jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont atteint leur **21^e** anniversaire, s'il est justifié qu'ils ont interrompu leurs études par suite de maladie.

Autres membres de la famille

L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au **3^e** degré ou l'allié au même degré que l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins **2** enfants âgés de moins de **14** ans à la charge de l'assuré, bénéficie en tant qu'ayant droit des prestations en nature de l'assurance maladie.

Personnes à charge

La personne à charge, qui vit avec l'assuré et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente, peut avoir, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

La personne à charge doit, pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, vivre avec l'assuré depuis **12** mois consécutifs.

Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 93-678 du 27 mars 1993

Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs bénéficient des prestations d'assurance maladie-maternité, décès, s'ils sont en situation régulière au regard de la situation de séjour des étrangers en France.

Article L. 161-25-1 du Code de la Sécurité sociale - Loi n° 93-1027 du 24 août 1993

La preuve de la qualité de personne à charge doit être apportée au moyen d'une déclaration sur l'honneur annuelle cosignée par l'assuré.

L'intéressé atteste également qu'il ne relève pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité. Les organismes peuvent, par tous moyens utiles, s'assurer de la conformité de la situation déclarée aux conditions exigées.

Article R. 161-8-1 du Code de la Sécurité sociale

La qualité de personne à charge ne peut s'appliquer qu'à une seule personne par assuré social.

Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque, dans un foyer, les parents sont tous les deux assurés sociaux, chacun peut faire reconnaître la qualité d'ayant droit à l'une des personnes à charge sans protection sociale.

Concernant la notion de personne à charge une note d'information CNAMTS / DGR n° 335 du 22 juillet 1993 précise qu'il peut s'agir :

- soit de la personne qui partage la vie de couple ; la notion de couple implique que la qualité d'ayant droit, au titre de la vie commune, ne concerne qu'une seule personne (un conjoint, un concubin ou un compagnon du même sexe) ;
- soit de toute autre personne, membre de la famille ou non, ayant été ou non ayant droit de l'assuré dès lors qu'il vit avec ce dernier depuis plus d'un an et se trouve à sa charge.

Notion de charge

En ce qui concerne le concubin, il avait été admis que cette notion ne saurait conduire à subordonner la reconnaissance de la qualité d'ayant droit à une quelconque condition de ressources, en raison de l'assimilation à la situation de conjoint.

Dans le cas de la nouvelle catégorie d'ayant droit, la position doit être plus rigoureuse, le bénéfice de la protection sociale étant subordonné à une situation, sinon d'absence totale de ressources, du moins, celle permettant de conclure à une impossibilité de se constituer une protection sociale.

Ayants droit majeurs de nationalité étrangère

Les ayants droit majeurs de nationalité étrangère d'un assuré peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maladie à condition de posséder l'un des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de famille d'une personne de nationalité française ;
- récépissé de demande du titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 6 mois renouvelable portant la mention «reconnu réfugié» ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention «étranger admis au titre de l'asile» d'une durée de validité de 6 mois renouvelable ;
- autorisation provisoire de séjour ;
- titre d'identité de la principauté d'Andorre ;
- passeport monégasque.

Article D. 161-25-2 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 98-1172 du 22 décembre 1998

Les ressortissants de l'EEE et les suisses n'ont plus à attester de la régularité de leur séjour en France depuis juillet 2000. Il leur suffit donc de présenter les mêmes documents que les ayants droit majeurs de nationalité française.

Décret n° 2000-649 du 7 juillet 2000 - JO du 11 juillet

Cas particuliers : ayants droit d'un ressortissant suisse

La réglementation communautaire relative à la Sécurité sociale, issue des règlements CE n° 883/2004 et 987/2009, pourrait être étendue aux travailleurs salariés et non salariés suisses qui exercent leur activité professionnelle au sein de l'UE, donc en France.

En conséquence, les dispositions communautaires relatives à l'assurance maladie-maternité, l'invalidité, l'assurance vieillesse, l'allocation décès et les accidents du travail, des travailleurs salariés et des membres de famille sont désormais applicables aux ressortissants suisses.

Le principe de totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance est notamment étendu aux périodes d'emplois effectuées en Suisse.

Pour la détermination du droit aux prestations en nature, les membres de la famille s'entendent du conjoint, des enfants de moins de 18 ans ou des enfants de moins de 25 ans qui poursuivent des études.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

La couverture maladie universelle, créée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 garantit une prise en charge des soins par un régime d'assurance-maladie et, pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, une protection complémentaire ainsi qu'une dispense d'avance de frais.

Conditions d'ouverture du droit

Pour bénéficier de la couverture maladie universelle, il est nécessaire de :

- résider en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer, de manière ininterrompue depuis plus de **6** mois ;
- n'ouvrir aucun droit aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité ;
- justifier de la régularité de son séjour en France, au regard de la réglementation française relative aux ressortissants étrangers.

La condition de résidence de plus de **6** mois n'est pas exigée pour les personnes :

- inscrites dans un établissement d'enseignement ;

ou

- venues en France pour effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique ou scientifique ;

ou

- bénéficiaires des prestations familiales, allocations aux personnes âgées, prestations d'aide sociale et RMIstes ;

ou

- reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

Article R. 380-1 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 99-1005 du 1^{er} décembre 1999 - JO du 2 décembre

L'affiliation, qui ouvre immédiatement droit aux prestations en nature de ce dispositif, s'effectue sur justification auprès de la CPAM du lieu de résidence, de l'identité de l'intéressé et de sa résidence régulière et stable sur le territoire français. Les personnes qui sont sans domicile fixe, au moment de la demande, doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par l'administration, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Article L. 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale

Les personnes résidant depuis plus de 3 mois en France et en instance de régularisation peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle. Est admise, pour attester de la régularité de séjour, la présentation de tout document justificatif d'un dépôt de demande de titre de séjour auprès de la préfecture du lieu de résidence : récépissé en cours de validité, convocation émanant de la préfecture, ...

La caisse primaire d'assurance maladie ne peut donc se limiter à la liste des documents justificatifs des articles D. 115-1 et D. 161-15 du Code de la Sécurité sociale.

Circulaire ministérielle n° 2000-239 du 27 avril 2000

Les ayants droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence peuvent toutefois être affiliés à la CMU, sur justificatif de **3** mois de résidence en France.

Article L. 380-5 du Code de la Sécurité sociale, modifié par la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001- JO du 26 décembre

Personnes exclues du bénéfice de la couverture maladie universelle

Sont légalement exclus du bénéfice de la couverture maladie universelle :

les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de famille qui les accompagnent ;

- les personnes venues en France pour y suivre un traitement médical ou une cure ;
- les personnes résidant en France qui ont la faculté d'être affiliées, à titre volontaire, à un régime d'assurance maladie étranger, en raison d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou un membre de leur famille à l'étranger, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins dispensés en France ;
- les agents retraités d'une organisation internationale, non-titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions identiques à celles du régime général français d'assurance maladie-maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient lorsqu'ils étaient en activité ;

Article L. 380-3 du Code de la Sécurité sociale

- les étudiants ;

Article L. 381-14 du Code de la Sécurité sociale

- les ministres du culte ;

Article L. 381-12 du Code de la Sécurité sociale

- les salariés détachés et leurs ayants droit.

Article L. 380-3 du Code de la Sécurité sociale

☞ *Les personnes éligibles à la CMU sont celles qui n'ont droit à aucun titre aux prestations en nature d'un autre régime d'assurance maladie maternité.*

En conséquence, sont exclues :

- les personnes qui ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance étranger ;
- les personnes affiliées à titre obligatoire à un régime étranger, même s'il s'agit d'un régime privé d'assurance maladie.

Exemples

- ressortissants néerlandais résidant en France mais couverts aux Pays-Bas par une assurance privée, obligatoire au-delà d'un certain seuil de revenus, ne leur donnant pas droit à la délivrance du formulaire E121,
- ressortissants allemands obligatoirement affiliés à une assurance privée lorsque leurs revenus excèdent un certain montant.

Lettre ministérielle du 25 août 2000 - Bull. jur. UCANSS n° 44/45-2000

CAS DES RESSORTISSANTS DE L'EEE RESIDANT OU SOUHAITANT RESIDER EN FRANCE EN TANT QU'INACTIFS, ETUDIANTS OU DEMANDEURS D'EMPLOI

Principe

La liberté de circulation et d'établissement dans les États membres en vue de chercher un emploi ou pour les inactifs est admise à tout ressortissant de l'EEE par la législation communautaire. Mais ce droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres est soumis à double condition :

- la souscription en bonne et due forme d'une assurance maladie pour le ressortissant et pour les membres de la famille accompagnante ;
- la disposition des ressources suffisantes leur permettant d'éviter d'être une charge pour les institutions sociales du pays d'accueil.

Sur cette base, tout ressortissant de l'EEE qui souhaite s'installer en France pour y rechercher un emploi n'a pas droit au bénéfice ni de la couverture maladie universelle ni de la couverture maladie universelle complémentaire.

Exception

Il peut arriver qu'un ressortissant de l'EEE qui justifiait au préalable d'un droit de séjour soit victime d'un accident de la vie, notamment perte d'emploi, séparation ou décès d'un conjoint, cessation de la vie maritale, refus d'assurance en cas de maladie grave et non prévisible, et soit contraint de faire la demande de la couverture maladie universelle et de la couverture maladie universelle complémentaire. Dans ce cas, même s'il ne peut justifier d'une résidence stable et régulière en France depuis au moins 5 ans, il ne peut lui être opposé systématiquement un refus.

L'Administration peut accéder à sa demande à condition :

- d'apporter la preuve d'avoir disposé, dans le passé, d'un séjour régulier, de ressources suffisantes pour assurer son autonomie matérielle ainsi que celle de sa famille et d'avoir souscrit une assurance maladie couvrant l'ensemble des risques ;
- d'apporter la preuve qui permet de qualifier sa situation actuelle (procédure judiciaire en cours dans le cas d'une séparation, certificat de décès du conjoint, etc.) et montrer l'impact de l'événement en question sur la prise en charge de sa couverture maladie (perte de revenus rendant impossible le financement d'une couverture) ;
- de justifier d'une résidence stable et ininterrompue plus de trois mois en France (sauf pour les catégories exonérées de ce délai et qui sont visées à l'article R. 380-1 du Code de la Sécurité sociale).

La direction de la Sécurité sociale invite donc les CPAM à procéder à l'examen approfondi de la situation de la personne en difficulté afin de concilier les conditions du droit au séjour et le principe de non discrimination et donc d'être en mesure de motiver leur décision de refus éventuel.

Lorsque l'intéressé justifie d'une résidence en France depuis plus de 5 ans, il acquiert la qualité de résident permanent et peut alors être affilié à la CMU dans les conditions de droit commun.

Circulaire DSS/DACI n° 2011-225 du 9 juin 2011

Ayants droit du bénéficiaire

Les ayants droits des bénéficiaires de la couverture maladie universelle peuvent également bénéficier de cette couverture. Ils peuvent être identifiés comme ayants droit autonomes par la CPAM. Ce statut leur permet d'obtenir le remboursement, à titre personnel, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.

Sont concernés :

- les enfants de l'assuré dès l'âge de **16** ans ;
- le conjoint de l'assuré ;
- l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au **3^e** degré ;
- l'allié du même degré que l'assuré, qui vit sous son toit et se consacre exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'enfants à charge de l'assuré ;
- la personne qui vit maritalement ou celle qui vit depuis au moins **12** mois avec l'assuré et qui est à sa charge effective et permanente.

Cotisations

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle sont redevables d'une cotisation annuelle égale à **8 %** du montant de leur revenu, dès lors que leurs ressources excèdent un plafond annuel, fixé à **9 534 €** par foyer fiscal, au titre de la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014 sachant qu'il s'apprécie par rapport au revenu fiscal de 2012. Pour les demandes déposées à compter du 1^{er} octobre 2014 et jusqu'au 31 décembre 2015, le plafond applicable sera de **9 601 €** en prenant comme référence les revenus de 2013.

Arrêté du 2-9-2013 - JO 10 p. 15200 - MS n° 90055

Décrets n° 2014-516 et 517 du 22 mai 2014

Article R. 380-2 du Code de la Sécurité sociale

La perception des prestations n'est pas subordonnée au paiement préalable de cette cotisation. Le non-paiement de celle-ci, par mauvaise foi, peut néanmoins conduire à la suspension des prestations.

Article L. 161-2 et L. 615-8 du Code de la Sécurité sociale

Perte du droit à la couverture maladie universelle

Le bénéfice de la couverture maladie universelle peut être interrompu seulement si la condition de résidence en France n'est plus remplie.

Article L. 161-15-1 du Code de la Sécurité sociale

L'expiration du titre de séjour du ressortissant étranger, ou son non renouvellement ne doit pas conduire à l'exclure du bénéfice de la couverture maladie universelle.

Si la personne obtient son affiliation à un autre régime d'assurance maladie, l'organisme qui sert les prestations au titre de la couverture maladie universelle ne peut interrompre le versement de celles-ci tant que l'organisme compétent au titre de la nouvelle affiliation ne s'est pas substitué à lui.

Article L. 161-15-2 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir la condition de résidence, il peut obtenir un maintien de droits aux prestations en nature pendant **4** ans.

Article L. 161-3 du Code de la Sécurité sociale

Protection complémentaire

Les personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier de la couverture maladie universelle et dont les ressources annuelles appréciées sur les douze mois précédant la demande sont inférieures à un plafond de **8 593 €**, pour une personne seule (valeur fixée pour un an applicable à toutes les demandes faites à compter du 1^{er} juillet 2013) ont droit à une couverture complémentaire.

Le plafond de ressources varie en fonction du nombre de personnes composant le foyer. Le foyer est lui-même composé du demandeur, ainsi que de ses ayants droit et autres personnes considérées à sa charge par la législation française de Sécurité sociale. Le rattachement de ces personnes s'apprécie au regard de la dernière déclaration d'impôt sur le revenu.

*Article R. 861-2 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 99-10004 du 1er décembre 1999*

Néanmoins, si les ressources mensuelles du foyer dépassent le plafond fixé pour bénéficier de la CMU-complémentaire mais dans la limite de **35 %** de ce plafond, soit **11 670 €** en 2014 pour une personne seule, il est possible de solliciter une aide pour financer une complémentaire santé, via le formulaire S 3715. Cette aide varie selon l'âge des intéressés.

Âge du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
Plus de 60 ans	500 €

Cette couverture complémentaire permet pour les bénéficiaires la prise en charge gratuite :

- de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de Sécurité sociale, pour les prestations des régimes obligatoires ;
- du forfait journalier hospitalier ;
- des frais exposés, en plus des tarifs de responsabilité, au titre de certains soins dentaires, des frais d'optique et des dépenses de prothèse auditive.

En outre, les bénéficiaires de cette couverture complémentaire sont dispensés du tiers-payant.

