

# PROTECTION MALADIE

## L'ASSURANCE MALADIE

La branche maladie du régime général de la sécurité sociale couvre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage, accident du travail et maladie professionnelle. C'est une assurance obligatoire de service public, accessible aux Français ou étrangers résidant en France de façon stable et régulière, quel que soit le statut professionnel (actifs et inactifs). Les personnes les plus pauvres bénéficient d'un accès gratuit (dispense de cotisation) au régime de base de la sécurité sociale, augmenté de la complémentaire CMU. La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits.

VOIR AUSSI *La Complémentaire-CMU* page 210

### PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION (FRANÇAIS ET ÉTRANGERS)

**Trois « portes d'entrée » permettent d'ouvrir des droits à la sécurité sociale (affiliation à l'assurance maladie) :**

- l'activité salariée ou assimilée soumise à cotisation (feuille de paye) ;
- le rattachement comme membre de famille (ayant droit) d'une personne déjà assurée ;
- à défaut, la simple présence en France avec paiement de cotisations personnelles proportionnelles aux revenus. Cette catégorie, étendue et développée par la réforme CMU (Couverture maladie universelle) de 1999, s'appelle « affiliation sur critère de résidence » ou, dans le jargon des caisses « CMU de base ». La CMU de base permet notamment aux populations les plus pauvres (RMistes...) d'ouvrir des droits à l'assurance maladie avec dispense de paiement des cotisations qui sont alors financées par l'État au titre de la solidarité nationale.

Quelle que soit la « porte d'entrée » dans le système, les prestations en nature accordées (soins pris en charge) sont identiques, à savoir celles de l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés.

**L'ayant droit d'un assuré** est une personne qui bénéficie d'un droit à l'assurance maladie dérivé du droit ouvert par l'assuré lui-même. Peuvent être ayants droit d'un assuré les personnes suivantes (art. L313-3 et L161-14 du CSS) :

- conjoint, conjoint séparé, conjoint divorcé, concubin ou pacsé ;
- enfant à la charge de l'assuré jusqu'à 16 ans (ou 20 ans si scolarisé) ;
- ascendants et collatéraux à charge ;
- une personne supplémentaire à charge vivant sous le toit de l'assuré depuis plus de 1 an.

**Les personnes sans domicile fixe (SDF) doivent élire domicile auprès d'une association agréée**, les CPAM ne procédant pas aux domiciliations. L'article L161-2-1 du CSS impose (depuis 2006) un « avis favorable d'un assistant de service social ». Cependant, ce même article (précisé par la circulaire DSS/2A n° 2000-382 du 5 juillet 2000 sur la domiciliation CMU/AME) indique que les CCAS (mairies) sont tenus de domicilier les personnes SDF, ce qui s'avère rare dans la pratique.

**L'administration compétente est la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du département de résidence.** Cette caisse dispose d'un guichet dans chaque ville du département (ou chaque arrondissement) appelé centre de paiement ou centre d'assurance maladie ou Centre de sécurité sociale (CSS). S'adresser à son Centre de sécurité sociale (CSS) de quartier, selon l'adresse de son hébergement ou de sa domiciliation.

## CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE

**L'accès à la sécurité sociale (et donc à l'assurance maladie) est soumis à une obligation générale de séjour régulier** (art. L115-6 du CSS) pour l'assuré étranger comme pour l'ayant droit majeur (voir exceptions *infra*). Les étrangers démunis ne remplissant pas la condition de résidence relèvent de l'aide médicale État (voir page 217). La définition de la « résidence en France » est différente selon que l'étranger est assurable sur critère socio-professionnel, en tant qu'ayant droit, ou sur critère de résidence. Les demandeurs d'asile en procédure normale ont droit à l'assurance maladie sans condition d'ancienneté de présence en France (voir page 201). Cette protection de base doit être augmentée d'une complémentaire CMU sous condition de ressources. Les demandeurs d'asile ne relèvent à aucun moment de l'aide médicale État, sauf s'ils sont dépourvus de titre de séjour provisoire comme c'est le cas dans certaines procédures dites « prioritaires » (voir page 76).

« Les demandeurs d'asile en procédure normale ont droit à l'assurance maladie sans condition d'ancienneté de présence en France. »

**Pour l'assuré sur critère socioprofessionnel, la liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret** (art D115-1 du CSS) comprenant le récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » et la plupart des titres et autorisations de séjour de plus de 3 mois avec droit au travail.

**Liste des titres de séjour nécessaires pour être affilié sur critère socioprofessionnel**  
(art. D115-1 du Code de la sécurité sociale)

- Carte de résident ;
- Carte de séjour temporaire ;
- Certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six 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 six 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 trois 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 trois mois ;
- Autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- Titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour ;
- Contrat de travail saisonnier visé par la Direction départementale du travail et de l'emploi ;
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « il autorise son titulaire à travailler » ;
- Carte de frontalier.

**Pour l'assuré sur critère de résidence (CMU de base) , il n'existe pas de liste de titres de séjour, mais l'exigence d'une résidence « stable et régulière » (art. R 380-1 duCSS) :**

**Article R380-1 Code de la sécurité sociale**

- I. - Les personnes visées à l'article L. 380-1 [CMU de base] doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.  
Toutefois, ce délai de trois mois n'est pas opposable : [...]  
3° Aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.
- II. - Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.

- La condition de « stabilité » impose un délai minimum de présence ininterrompue en France de plus de 3 mois.

**Les demandeurs d'asile (statut de réfugié et protection subsidiaire) sont dispensés de cette condition** (art. R-380-1. π 3<sup>e</sup> alinéa du CSS pour la base, art. R861-1.-I. pour la complémentaire, précisés par circulaire DSS/2A-2000/239 du 3 mai 2000, voir extrait ci-contre).

- La régularité du séjour se prouve par tout document de séjour en cours de validité émis par l'autorité française. Les étrangers assignés à résidence sont également présumés remplir la condition de régularité (même circulaire). Les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'assurance maladie dès leur entrée sur le territoire s'ils disposent d'un sauf-conduit (« en vue de demander l'asile ») délivré à la sortie de zone d'attente. À défaut, ils pourront en bénéficier dès la délivrance d'une convocation ou d'un rendez-vous par la préfecture de leur domicile. Attention au refus d'affiliation des demandeurs d'asile sous convocation ou APS : ces pratiques restrictives persistent dans de nombreux CSS, qui invitent les demandeurs d'asile à « attendre les Assedic ».

Attention à la durée du droit (base et/ou complémentaire) qui ne saurait être limitée à la durée du titre de séjour provisoire (voir ci-dessous).

Informez de la réglementation l'agent et/ou le chef de centre. Si nécessaire, intervenez auprès de la hiérarchie de la CPAM.

**Pour l'ayant droit majeur**, la liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret (art. D161-15 du CSS). Elle comprend la plupart des titres de séjour dont les APS (quelle que soit la durée de validité et même sans droit au travail).

#### DÉFINITION DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR EN CMU DE BASE : UNE CIRCULAIRE DE RÉFÉRENCE

*« À défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L380-1. »*

*Circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000, §A. II-B*

#### Liste des titres de séjour nécessaires pour être affilié comme ayant droit (art. D161-15)

- Carte de résident ;
- Carte de séjour temporaire ;
- Certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- Récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'office des migrations internationales (OMI.) 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 de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six 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 six mois renouvelable ;
- Autorisation provisoire de séjour ;
- Titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour.

« Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. »

**Un visa de court séjour** (Schengen, validité ≤ 90 jours) n'est pas un titre de séjour et ne permet pas de remplir la condition de résidence. Si l'étranger n'est pas demandeur d'asile, le délai de stabilité de 3 mois lui sera opposé. S'il est demandeur d'asile, il peut bénéficier de l'assurance maladie sur critère de résidence (base CMU), à condition de disposer d'un document de la préfecture (ou le sauf-conduit de la PAF) attestant de la demande d'asile (le visa devenant sans objet).

## EXCEPTIONS À L'OBLIGATION DE SÉJOUR RÉGULIER

Les exceptions à l'obligation de séjour régulier sont souvent méconnues. Certains étrangers sans titre de séjour (« sans-papiers ») doivent en effet être pris en charge par l'assurance maladie (et non par l'aide médicale État) :

**Les ayants droit mineurs (voir *Mineurs*, page 205).**

**Les accidents du travail et les maladies professionnelles.**

Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le fait d'être dépourvu de titre de séjour et/ou d'être employé irrégulièrement, ne doit pas faire obstacle aux démarches auprès de la sécurité sociale. Cependant, la situation doit être étudiée individuellement dans la mesure où la déclaration d'accident du travail peut entraîner le signalement du séjour irrégulier de l'étranger à l'administration.

**Les détenus.** S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie seulement pendant la période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au-delà de leur libération et la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs.

**Les conventions internationales.** Sont concernés les ressortissants de pays signataires de conventions internationales qui écartent l'obligation de régularité du séjour (voir *Guide protection sociale du Gisti*, Éditions La Découverte, [www.gisti.org](http://www.gisti.org)).

**Le maintien des droits** (voir page 207). Le maintien des droits prévu à l'article L-161-8 du CSS, permet à l'étranger qui perd son droit au séjour en France et continue d'y résider, de bénéficier des prestations en nature (remboursements de soins) de l'assurance maladie, malgré l'absence de titre de séjour.

## CONDITION DE RESSOURCES

**Pour l'affiliation sur critère socioprofessionnel**, il n'y a pas de condition de ressources, puisque l'affiliation est précisément effectuée du fait du versement de cotisations obligatoires (salariés et assimilés, bénéficiaires de prestations sociales).

**Pour l'affiliation sur critère de résidence (base CMU)**, le bénéfice de la CMU de base est gratuit :

- si l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU (voir page 211) selon l'article L861-2 dernier alinéa CSS ;
- si les ressources de l'intéressé sont strictement inférieures à **7 083 € par an** (montant au 24/01/2007), et ce, quelle que soit la composition du foyer.

Au-delà, une cotisation annuelle (8 %) est réclamée sur la part dépassant le plafond.

**Les ressources prises en compte** sont le « revenu fiscal de référence » (art. L380-2 du CSS) figurant sur l'avis d'imposition du foyer (dont ayants droit).

**Période de référence : l'année civile précédente** (art. D380-1 du CSS). Jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre de l'année en cours (N), l'avis d'imposition disponible est celui de l'année N -1 correspondant aux revenus perçus à l'année N -2. À compter du 2 octobre de l'année en cours, l'avis d'imposition disponible devient celui de l'année N, correspondant aux revenus perçus l'année N -1. Il peut donc arriver des situations où l'étranger récemment arrivé en France se voit demander de justifier de ses ressources de l'année N -2 alors qu'il résidait dans son pays d'origine. Cette exigence ne paraît pas conforme à la réglementation qui exige non pas l'avis d'imposition mais le revenu fiscal de l'année civile précédente.

Il convient de vérifier au préalable si l'étranger ne se trouve pas déjà sous le plafond de ressources pour les 12 mois précédant la demande. En effet, dans ce cas (très fréquent), la personne est éligible à la complémentaire CMU et se trouve ainsi dispensée de cotisation pour la base (art. L861-2 du CSS) et donc de justifier de ses ressources au-delà des 12 mois précédents.

**Refus d'affiliation faute d'un relevé d'identité bancaire ou postal.** Le RIB ou RIP est un document facultatif et son défaut ne doit pas faire obstacle à l'ouverture de droits notamment lorsque l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU qui emporte dispense d'avance des frais.

## IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MAJEURS

« L'immatriculation ne doit pas être confondue avec l'affiliation qui est le rattachement de l'assuré à une caisse primaire, conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière). »

**Un numéro de sécurité sociale est attribué à toute personne qui demande pour la première fois à bénéficier de la sécurité sociale.** Cette opération, l'immatriculation, qui a lieu une seule fois dans la vie, donne lieu à l'édition d'un numéro d'identification à 13 chiffres : le « NIR » (Numéro d'inscription au répertoire national Insee). L'immatriculation est directement liée à l'identification individuelle des personnes physiques et donc tributaire de l'état civil. L'immatriculation ne doit pas être confondue avec l'affiliation qui est le rattachement de l'assuré à une caisse primaire, conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière, etc., voir *supra*)

**Pour le demandeur né à l'étranger** (Français inclus) la procédure est particulière. Il doit lui-même fournir à la CPAM une pièce d'état civil probante avec filiation, qui est transmise au service SANDIA de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) à Tours, assurant pour le compte de l'Insee l'inscription au Répertoire national des personnes nées à l'étranger. C'est donc le service de Tours (et non la CPAM) qui édite le NIR au vu des photocopies des pièces transmises. Selon ce service, il n'existe pas de liste réglementaire de pièces d'état civil classées par valeur probante, mais une simple instruction de l'Insee. La mention du lieu de naissance, du pays de naissance et de la filiation sont des éléments déterminants pour identifier les homonymes. L'extrait d'acte de naissance traduit en français reste la pièce la plus probante et est donc prioritairement demandé.

**En cas de défaut d'extrait d'acte de naissance, le demandeur doit présenter tout autre document d'état civil :**

- un passeport (instruction Cnam lettre réseau LR-DRM-10/2004 du 28 janvier 2004) ;
- à défaut, la lettre d'enregistrement de l'Ofpra (ex-certificat de dépôt) avec le récépissé jaune (s'il mentionne la filiation) pour le demandeur d'asile (permet l'immatriculation définitive selon les informations orales de SANDIA en 2004) ;
- à défaut, une carte de séjour française, ou une pièce d'identité du pays ou une déclaration d'identité sur l'honneur mentionnant le lieu et le pays de naissance ainsi que la filiation.

L'éventuel refus d'immatriculation définitive par SANDIA est notifié à la CPAM et le demandeur doit être informé des motifs par la CPAM.

**Dans l'attente de l'immatriculation définitive, la caisse doit procéder à l'édition d'un Numéro national provisoire (NRP)**, qui commence par 7 (homme) ou par 8 (femme). Il s'agit là d'une compétence des caisses primaires qu'il convient d'utiliser pleinement, de sorte que le défaut de pièce d'état civil probante ne fasse pas échec à la mise en œuvre de la « présomption de droit » prévue depuis la réforme CMU (voir *infra* *Délai d'ouverture*).

Il est possible à tout moment de fournir à la CPAM une pièce d'état civil probante pour passer d'une immatriculation provisoire à une immatriculation définitive.

**L'enjeu de l'immatriculation définitive.** Les personnes dont l'immatriculation est provisoire n'ont pas accès à la carte Vitale (voir *infra*) et rencontrent donc d'importantes difficultés d'accès aux soins, face aux professionnels de santé pour lesquels l'attestation papier est source de complications administratives (pas de télépaiement, pas de vérification informatique de l'ouverture des droits, remboursements hors département non assurés...).

## IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MINEURS

**Le mineur isolé**, sans représentant légal et sans hébergeant identifié, ne peut ouvrir seul des droits à l'assurance maladie. Ce cas de figure impose, au-delà de l'accès à la protection maladie, l'orientation vers un service social spécialisé. L'affiliation « sans délai à la sécurité sociale » (voir *infra*) complétée d'une demande de complémentaire CMU est alors conditionnée par la désignation d'un représentant légal par le juge des tutelles, qu'il faut informer de ces difficultés afin de réduire les délais de prononcé de la mesure de protection.

« Le mineur isolé, sans représentant légal et sans hébergeant identifié, ne peut ouvrir seul des droits à l'assurance maladie. »

**Le mineur sans représentant légal, hébergé chez un tiers**, peut ouvrir des droits à l'assurance maladie en tant qu'ayant droit de ce tiers, bien que n'étant ni son enfant ni un proche. Aucune condition de lien juridique entre le mineur et l'assuré n'est nécessaire (art. L313-3, 2<sup>o</sup> du CSS), mais plusieurs autres conditions doivent être remplies simultanément :

- le tiers hébergeant doit être lui-même assuré ;
- le tiers hébergeant, à défaut d'être le tuteur légal, doit avoir « recueilli » le mineur et doit en assumer « la charge effective et permanente ». Cette notion exclut donc les enfants de passage en France et se prouve par tout moyen, y compris par attestation sur l'honneur ;
- à partir de 16 ans, un certificat de scolarité est exigible, ce qui constitue un obstacle pour certains jeunes de plus de 16 ans du fait de l'absence d'obligation scolaire.

**Le mineur accompagné** doit être à la charge effective et permanente de l'assuré.

**Difficultés communes à tous les mineurs.** Ne peuvent faire obstacle au rattachement de l'enfant comme ayant droit :

- le défaut de lien juridique mineur/adulte. Une intervention argumentée auprès du CSS est systématiquement nécessaire. Il convient de rappeler la lettre de l'article L313-3 2° ainsi que la possibilité de déclaration sur l'honneur du recueil du mineur chez l'assuré. Cette déclaration est prévue au verso du formulaire Cerfa « déclaration en vue du rattachement des membres de famille de l'assuré » (voir *fac-similé* page 419) ;
- le défaut de pièce d'état civil. Ne sont exigibles ni le livret de famille (aucun lien juridique requis entre enfant et assuré), ni l'extrait de naissance (l'ayant droit n'étant pas immatriculé). À défaut de tout document d'identité, produire une déclaration sur l'honneur avec filiation ;
- le défaut de titre de séjour. Il ne peut pas être opposé au mineur, du fait que seul l'ayant droit majeur est astreint à l'obligation de séjour régulier (art. L161-25-2 du CSS) ;
- le défaut de « certificat médical de l'Anaem (anciennement OMI) » attestant que l'enfant est entré en France dans le cadre du regroupement familial. Il ne peut pas être opposé au mineur, la seule condition étant la charge effective et permanente de l'enfant (voir *supra*) ;
- le défaut de certificat de scolarité. Il ne peut pas être exigé avant l'âge de 16 ans ;
- le défaut d'ancienneté de résidence en France (3 mois). Elle n'est pas exigible de l'ayant droit mineur ou majeur.

#### ARTICLE L313-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« Par membre de famille, on entend : [...] 2° jusqu'à un âge limite [16 ans ou 20 ans si scolarité], les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis. »

#### DÉLAI D'OBTENTION

**Pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie au titre de la CMU de base, il s'agit par principe d'une « affiliation sans délai ».** À la différence de la complémentaire CMU (voir page 212), il n'existe donc pas de procédure d'urgence.

**L'« affiliation sans délai » n'est précisée par aucun texte.** Il s'agit, depuis la création de ce système en 1999, de mettre en œuvre une « présomption de droit » pour toute personne sans protection de base, la caisse cherchant a posteriori le régime réel de la personne et le montant de la cotisation éventuelle (art. L161-2-1 du CSS et circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, §A.I). Lorsque le dossier est complet, certaines caisses primaires remettent le jour même à l'intéressé une attestation papier

d'admission provisoire valable 3 mois, dont le code régime correspondant est 803 (admission provisoire à la base CMU).

## DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

**La date d'ouverture des droits est la date de dépôt du dossier**, même lorsque la réponse de la caisse parvient ultérieurement (circulaire DSS/2A du 12 janvier 2000, §I. 2.2, page 3). Les frais engagés à compter de cette date doivent donc être pris en charge pour la part obligatoire (attention, ce n'est pas le cas, en principe, pour la part complémentaire qui reste à la charge de l'assuré).

**Il n'y a pas rétroactivité d'ouverture des droits**, sauf dans certains cas où une demande de complémentaire CMU est simultanément demandée.

**En cas de réception d'une facture de l'hôpital**, prendre contact avec le service des frais de séjour ou le service social du service concerné. En cas de convocation ou de demande de documents par le CSS, se présenter dans les meilleurs délais pour établir le dossier. Pour les personnes dont les ressources sont faibles, il existe des possibilités limitées d'ouverture rétroactive des droits avec la complémentaire CMU ou l'AME.

## DURÉE DE LA PROTECTION

**La durée d'ouverture des droits à l'assurance maladie n'est pas clairement précisée**, la CMU de base ayant pour fonction de maintenir dans le système toute personne résidant en France de façon stable et régulière. Cependant il existe un « maintien de droit automatique » (art. L161-8 du CSS) pour 1 an pour la couverture de base (art. R161-3 du CSS) à compter du jour où l'intéressé cesse de remplir les conditions pour être assuré. Attention, ce maintien des droits ne concerne pas la complémentaire (voir complémentaire CMU et AME).

**Le maintien des droits est applicable pour un étranger qui perd son droit au séjour en France.** Les assurés étrangers et/ou leurs ayants droit qui deviennent « sans-papiers » restent bénéficiaires de l'assurance maladie, sur la base de l'article L161-8 du CSS, pendant 1 an à compter de la date de péremption de leur titre de séjour. Les instructions ministérielles (circulaire du 3 mai 2000, § C. I- a) prévoient d'appliquer effectivement ce dispositif, sauf pour les affiliés sur critère de résidence (CMU de base).

## CMU DE BASE : UNE AFFILIATION SANS DÉLAI ET SIMPLIFIÉE

Article L161-2-1 CSS :  
« Toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. »

**En pratique, le maintien des droits est appliqué** pour les assurés sur critères socioprofessionnels (dont les anciens demandeurs d'asile indemnisés par les Assedic). Demander au CSS une notification écrite et une mise à jour de la carte Vitale. Il est souvent nécessaire de rappeler que, dans ce cas, un titre de séjour en cours de validité n'est précisément pas nécessaire (circulaire du 3 mai 2000). Pour les (anciens) bénéficiaires de la CMU de base, seul un recours devant la Commission de recours amiable de la caisse, puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale permettra d'obtenir le maintien des droits (voir la note pratique du Gisti « Maintien des droits » qui comprend des modèles de demande et de recours, [www.gisti.org](http://www.gisti.org)).

### PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE VITALE

**Les frais couverts par l'assurance maladie** (art. L321-1 CSS) sont les frais de médecine générale, spéciale et de soins dentaires (70 %), les frais pharmaceutiques (65 %), d'analyses et d'examens de laboratoire (60 %), d'hospitalisation ou de consultation externe et d'examens de laboratoire à l'hôpital (80 %), de transport (35 %), de prothèses dentaires et optiques (sur la base d'un prix forfaitaire très inférieur au coût réel), de rééducation fonctionnelle (40 %).

**L'assuré doit régler ses frais de santé** (à l'exception de l'hospitalisation) et se fait rembourser par la CPAM. Le système du « tiers payant », à négocier avec le professionnel de santé, permet de ne pas faire l'avance de la totalité des frais (un tiers, l'assurance maladie, paye à la place de l'assuré). La CPAM rembourse le professionnel pour la « part obligatoire », et l'assuré ne paye que la part complémentaire, appelée « ticket modérateur ». La « dispense complète d'avance des frais » (pas de paiement du ticket modérateur) est réservée aux seuls titulaires de la complémentaire CMU (voir page 216) ou de l'AME (voir page 227).

#### POUR EN SAVOIR PLUS

*VIH et 100 % sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, TRT5*

[www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf](http://www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf)

**Le « 100 % »** c'est-à-dire les cas d'exonération du ticket modérateur (art. L322-2 et R322-1 du CSS) concernent les hospitalisations à partir du 31<sup>e</sup> jour ou les opérations dont le coefficient est supérieur à K50, les soins délivrés pour une affection de longue durée (100 % ALD30, liste à l'art. D322-1 du CSS, les femmes enceintes pour les quatre derniers mois de grossesse, l'hospitalisation des nouveau-nés, les bilans et traitements de stérilité sur avis du contrôle médical de la caisse, les titulaires de certaines pensions - invalidité, accident du travail).

---

**La notification d'ouverture de droits** à l'assurance maladie prend systématiquement la forme d'une notification papier indiquant l'immatriculation de l'assuré, son centre de rattachement, la date de début de la protection, le code régime, ainsi qu'un éventuel 100 %. Attention : la mention « CMU » ne signifie pas « complémentaire CMU » (mention figurant explicitement pour ceux qui en sont bénéficiaires).

**La carte « Vitale »** est un support électronique permettant de simplifier les relations avec les professionnels de santé (vérification des droits et paiement plus rapide par la caisse). Elle indique les droits à la complémentaire CMU. Son obtention est conditionnée à l'octroi d'une immatriculation (voir page 204) définitive. En cas d'immatriculation provisoire (numéro commençant par 7 ou 8), il faut remettre au CSS un document d'état civil probant pour obtenir une immatriculation définitive.