

# PROTECTION MALADIE

## LA COMPLÉMENTAIRE CMU

La complémentaire CMU (Couverture maladie universelle) est une protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sous condition de ressources, dont le contenu est défini par la loi.

Les cotisations sont prises en charge par l'État et une contribution des organismes complémentaires (Fonds CMU).

Elle peut être gérée soit par la caisse d'assurance maladie (assureur unique base et complémentaire), soit par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département (deux « assureurs » différents). La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits.

VOIR AUSSI *Organisation et dispositifs* page 189 et *L'assurance maladie* page 198

### PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION

**Pour pouvoir prétendre à la complémentaire CMU, il faut :**

- être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- percevoir des ressources inférieures au montant du plafond national fixé par l'État.

**Domiciliation et lieu de dépôt de la demande :** voir *L'assurance maladie* page 199.

### CONDITION DE RÉSIDENCE

**Condition de résidence :** être en séjour « stable et régulier » (voir page 199) au sens de la couverture de base (art. R861-1 qui renvoie sur les conditions applicables en « CMU de base »). Pour l'assuré, la condition de résidence est généralement déjà acquise

par l'accès à l'assurance maladie. Les étrangers en séjour irrégulier mais assurés sociaux au titre du maintien des droits (voir page 207) ne peuvent pas accéder à la complémentaire CMU faute d'être en séjour régulier. Pour les autres membres du foyer, ils doivent être assurés pour la part obligatoire (base), éventuellement comme ayants droit du bénéficiaire de la CMU-C.

## CONDITION DE RESSOURCES

**La complémentaire CMU n'est accessible qu'à l'assuré social dont le revenu annuel est inférieur à un plafond.** L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation. Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et les revenus des personnes qui seront également couvertes) :

### PLAFOND DE RESSOURCES MENSUEL EN COMPLÉMENTAIRE CMU- SELON LA TAILLE DU FOYER

au 24/01/2007

PLAFONDS	1 PERSONNE	2 PERSONNES	3 PERSONNES	4 PERSONNES	PAR PERS. SUPPLÉMENTAIRE
Métropole	598,23 €	897,35 €	1 076,82 €	1 256,29 €	+ 239,29 €
Dom	662,84 €	994,26 €	1 193,12 €	1 391,97 €	+ 265,14 €

**Le foyer du demandeur** se compose de son conjoint (y compris concubin ou pacsé), de ses enfants âgés de moins de 25 ans et des autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à charge et rattachées au foyer fiscal du demandeur (art. R861-2 et R861-4 du CSS).

**Les ressources prises en compte** se composent de l'ensemble des ressources du foyer nettes de prélèvements sociaux obligatoires (art. R861-4 du CSS). Ainsi, sauf rares exceptions, tous les demandeurs d'asile ont droit à la complémentaire CMU. Les charges de pensions et obligations alimentaires sont déduites des ressources (art. R861-9 du CSS).

**Les avantages en nature.** Le bénéfice d'un logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature pris en compte. Il fait l'objet d'une évaluation forfaitaire (art. R861-5 du CSS) pour un montant identique à son évaluation pour le RMI (soit 12 % du montant de l'allocation de RMI garanti à une personne seule. Au 1<sup>er</sup> janvier 2007 : 52,90 € pour une personne seule ; 92,58 € pour deux personnes ; 111,10 € pour trois personnes et plus).

**Les ressources non prises en compte.** Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R861-10 du CSS (dont les secours et aides sociales ponctuelles servis par les services sociaux).

**La période de référence : les 12 mois civils précédant la demande** (art. R861-8 du CSS). En attendant le versement des Assedic, les demandeurs d'asile doivent remplir la déclaration sur l'honneur dans les rubriques adéquates sur les deux formulaires de demande de CMU (formulaires Cerfa S3710 [base] et S3711 et S3712 [complémentaire], voir page 420). À noter : la nature des ressources comme la période de référence sont différentes de la CMU de base. Le bénéficiaire de la complémentaire CMU est dispensé de cotisation pour la base (art. L861-2 du CSS) et donc de l'évaluation des ressources y afférant.

**Une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire « privée »** est possible pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond de moins de 20 %. Cette aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer. La demande est à faire auprès du CSS. Il faut présenter l'attestation d'accord à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, pour bénéficier de la réduction sur le contrat santé individuel envisagé ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

### DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'ADMISSION IMMÉDIATE « SI LA SITUATION L'EXIGE »

**Pour les personnes démunies, seule l'admission à la complémentaire CMU (ou à l'AME) garantit la dispense totale d'avance des frais et donc l'accès aux soins.** La seule affiliation à la « base » ne le permet pas. Or le délai d'obtention de la complémentaire CMU en procédure normale peut durer jusqu'à 3 mois (voir *infra*).

**L'admission immédiate à la complémentaire CMU pour le demandeur « dont la situation l'exige » est un droit prévu par le Code de la sécurité sociale** (art. L861-5 4°). Elle est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de la CMU préalable aux soins est donc toujours

possible et préférable aux « soins gratuits » souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Le dossier doit être complet (voir *infra*), avec une lettre du professionnel (médecin, travailleur social) pour appuyer la demande : « *L'état de santé de Mme/M. justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale* » et faire référence à la loi (art. L861-5 4° du CSS).

**L'admission immédiate requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel**, lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défont en effet de cette procédure en adressant les demandeurs vers les dispositifs précarité, voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au CSS (plate-forme téléphonique puis si possible standard du CSS ou responsable CMU) pour identifier la nature du blocage, informer de la demande et du droit à l'admission immédiate. En cas de refus persistant, contacter le chef de centre (CSS), et si besoin la hiérarchie de la caisse (CPAM), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.

**Les interlocuteurs des CPAM méconnaissent souvent le droit à l'admission immédiate à la complémentaire CMU.** Il faut rappeler les éléments suivants :

- pour la complémentaire CMU : selon la loi, « *lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire de santé est attribué, au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions [...]* » (art. L861-5 4° alinéa du CSS) ;
- pour les personnes n'ayant jamais ouvert de droits à un système français d'assurance maladie, la demande « d'admission immédiate à la complémentaire CMU » suppose le traitement simultané par la caisse primaire de l'immatriculation, l'affiliation à la base et l'examen du droit à la complémentaire. Rappel : pour la couverture de base, le principe est « *l'affiliation sans délai* » (voir page 206) et le « *bénéfice immédiat des prestations en nature* » (loi CMU, art. L161-2-1 du CSS) ;
- l'admission immédiate n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

#### ADMISSION IMMÉDIATE : UNE CIRCULAIRE DE RÉFÉRENCE

*Circulaire ministérielle  
DSS/2A/99/701  
du 17 décembre 1999, § IV*

*« Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés [...] qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toute disposition pour que cette notification de droit à la complémentaire soit délivrée dans la journée à l'intéressé. »*

## DÉLAI D'OBTENTION EN CAS DE PROCÉDURE NORMALE

**L'admission normale à la complémentaire CMU peut prendre 3 mois.** Un délai maximum d'instruction s'impose à la caisse (art. L861-5, 3<sup>e</sup> al. du CSS). Ce délai est de 2 mois (art. R861-16 du CSS). Cependant, la protection ne commence ni à la date de la demande, ni à la date de décision de l'administration, mais au premier jour du mois qui suit la date de décision d'accord (art. L861-6 du CSS), après instruction du dossier. Le délai cumulé d'obtention est donc au maximum de 3 mois.

En cas de non-réponse de la caisse pendant 2 mois, le demandeur bénéficie d'une décision implicite d'accord pour sa protection complémentaire (art. L861-5, 3<sup>e</sup> al. du CSS), accord sans portée pratique, puisque, étant implicite, la décision n'est attestée par aucun document. De plus, l'absence de récépissé de dépôt de la demande interdit le plus souvent le bénéfice des décisions implicites d'accord. Il convient donc d'exiger la délivrance d'un reçu de dépôt de la demande conformément à l'article 19 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration. Ceci est confirmé par la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. II.

## DATE D'OUVERTURE DES DROITS, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

**Admission normale : aucune rétroactivité et pas de couverture pendant l'instruction.** Les droits étant ouverts à la date de réponse de l'administration (voir *supra*), il n'y a donc pas de rétroactivité de la prise en charge. Les frais engagés pendant la période d'instruction ne seront donc pas couverts par la complémentaire CMU et le ticket modérateur restera dû.

**L'admission immédiate : rétroactivité partielle.** Les droits sont ouverts au premier jour du mois de dépôt de la demande (art. L861-5, 4<sup>e</sup> al.), ce qui se traduit par une rétroactivité de 1 mois maximum.

**Rétroactivité pour les séjours à l'hôpital et facture.** Par dérogation au principe de prise en charge, il y a rétroactivité pour les « séjours en établissement de santé », ce qui exclut les consultations externes à l'hôpital et, bien évidemment, les soins en ville. À réception d'une facture, pour faire jouer la rétroactivité, la demande doit être initiée par l'établissement de santé lui-même et à défaut le demandeur doit fournir au CSS son « bulletin d'hospitalisation » (attestation de présence à l'hôpital). Il est prudent d'orienter la personne vers le service social du service hospitalier qui a prodigué les soins pour qu'il saisisse la caisse. Dans ce cas, les droits sont ouverts à la date du premier jour d'hospitalisation.

**CIRCULAIRE  
MINISTÉRIELLE  
DSS/2A/99/701  
DU 17 DÉCEMBRE 1999,  
§ B. IV, page 5 :**

*« La décision d'attribution du droit à la date du dépôt de la demande et la date d'effet [...] Le demandeur séjournant dans un établissement de santé peut ne pas avoir été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement. Il conviendra dans ce cas que l'établissement de santé établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais, la date d'entrée dans l'établissement de santé étant alors assimilée à la date de dépôt de la demande. »*

## DURÉE DE LA PROTECTION : 1 AN

**La loi prévoit que les droits à la complémentaire sont ouverts par période de 1 an** (art. L861-5, 5<sup>e</sup> alinéa du CSS). La notification doit donc impérativement ouvrir des droits pour une période incompressible de 1 an, même si le titre de séjour présenté dans le dossier est de courte durée.

**Pourtant, de nombreuses caisses méconnaissent ce principe. Il convient de rappeler la lettre de la loi et deux textes réglementaires du ministère :**

- selon la circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 §B IV :  
« *Le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période de 1 an à compter de la date de la décision, même si l'intéressé dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant de la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à un an* » ;
- selon la circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000 §C. I-B 3 :  
« *Le droit à la protection complémentaire en matière de santé a été attribué pour une période de 1 an et ne peut être remis en cause pendant cette période. En conséquence, même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence au cours de cette période, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période de 1 an de droit.* »

**Il n'y a pas de maintien des droits au-delà de la période de 1 an.** Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire la demande (si possible 3 mois avant l'expiration des droits).

## PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE VITALE

**Les frais couverts par la complémentaire CMU** sont définis par la loi (art. L861-3 du CSS) :

- le ticket modérateur (exonération totale) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- le forfait journalier (ou « hospitalier ») sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation) ;
- et, au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés, des prothèses dentaires et de l'orthopédie dento-faciale (ODF), des lunettes (verres et montures), des prothèses auditives et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...).

### En pratique

- Chez le auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), il n'y a rien à payer sous réserve d'une prescription par un médecin.
- Chez le dentiste, il n'y a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle), ni pour les prothèses dentaires dans la limite des tarifs de la complémentaire CMU. L'entente préalable n'est nécessaire que pour l'orthopédie dento-faciale.
- Pour l'optique, le bénéficiaire ne paie rien pour les verres dans la limite des tarifs de la complémentaire CMU, sauf en cas de demande particulière (verres anti reflets / incassables, lentilles). Il ne paie rien pour la monture de lunettes dans la limite du tarif fixé à 22,87 €. L'opticien est tenu de proposer une monture et des verres dans cette gamme de prix. Il doit préalablement établir un devis d'après la prescription médicale, lequel doit être adressé au CSS. Celui-ci (ou l'organisme gestionnaire) notifiera sa décision de prise en charge.
- Les professionnels de santé en secteur 2, notamment les médecins et dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la complémentaire CMU, sauf en cas d'exigence particulière (rendez-vous en dehors des heures habituelles, visite non justifiée). Ils sont également tenus de pratiquer le « tiers payant intégral » (voir ci-dessous). Les anomalies ou les refus soins doivent être signalés au siège de la CPAM.

**La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral »** est un droit automatique pour tous les bénéficiaires (art. L861-3 du CSS). Ils n'ont donc pas à déboursier d'argent chez les professionnels de santé, qui se font régler directement leurs honoraires par la caisse.

**Carte Vitale** : les informations sur les droits à la complémentaire CMU y sont intégrées (mais pas l'aide médicale État, même quand celle-ci est attribuée en complément de l'assurance maladie).