

ASSURANCE MALADIE

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



Voir aussi complémentaire-CMU, p. 229

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION (FRANÇAIS ET ÉTRANGERS)

NB : dans tous les cas, les prestations en nature accordées (soins pris en charge) sont identiques, à savoir celles de l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés.

• **Trois « portes d'entrée » permettent d'ouvrir des droits à l'assurance maladie de la Sécurité sociale :**

l'activité salariée ou assimilée (comme la perception de certaines pensions ou allocations) soumise à cotisation permet une « affiliation sur critère socioprofessionnel ». Selon le type d'activité professionnelle, l'assuré relève du régime de Sécurité sociale correspondant. Ce guide se limite au régime général des travailleurs salariés, certaines branches professionnelles relevant d'un régime dit « spécial » ;

le rattachement comme membre de famille d'une personne déjà assurée permet une « affiliation comme ayant droit », *(voir Ayants droit et membres de famille, p. 263)* ;

à défaut, la simple présence en France avec paiement de cotisations personnelles obligatoires proportionnelles aux revenus permet une « affiliation sur critère de résidence ». Cette catégorie est appelée par les caisses « CMU de base » *(voir définitions, p. 195)*. L'affiliation au titre de la « CMU de base » couvre des non travailleurs riches et pauvres. Seuls les plus pauvres (bénéficiaires du RSA...) sont dispensés du paiement des cotisations, lesquelles sont alors financées, via des taxes, par l'État au titre de la solidarité nationale.



Pour les conditions générales d'accès à l'assurance maladie, (voir *Panorama et notions clés de l'accès aux droits*, p. 202)

• **L'administration compétente est la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine et la caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer (sauf Mayotte), du département de résidence de l'assuré.** Ces caisses disposent d'un ou de plusieurs guichets dans chaque ville du département (ou chaque arrondissement) appelés agence, centre d'assurance maladie, espace accueil ou encore centre de Sécurité sociale (CSS). C'est cette dernière appellation qui est retenue dans ce guide pour désigner tout point d'accueil du public des CPAM et des CGSS. Les usagers peuvent donc s'adresser à leur CSS, selon l'adresse de leur hébergement ou de leur domiciliation.

CONDITION D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE DE 3 MOIS

• **Les personnes (françaises et étrangères) affiliées sur critère socioprofessionnel et leurs ayants droit ne sont pas soumises au délai de 3 mois,** à la différence des personnes affiliées au titre de la « CMU de base » et de leurs ayants droit majeurs (sauf exceptions).

| Condition d'ancienneté de présence de 3 mois | | Source |
|--|-----|---------------------------------|
| Assurance maladie sur critère socioprofessionnel | | |
| Assuré | NON | Aucun texte ne prévoit de délai |
| Ayant droit (majeur et mineur) | NON | |
| Assurance maladie sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la CMU de base) | | |
| Assuré | OUI | « Stabilité » R 380-1 I du CSS |
| Ayant droit majeur | OUI | |
| Ayant droit mineur | NON | Arrêt CE 23.12.2010 n° 335738 |
| Demandeur d'asile, réfugié, protégé subsidiaire | NON | R 380-1 I. du CSS |
| Étudiant, stagiaire international | NON | |
| Autres (voir l'article R 380-1 du CSS <i>in extenso infra</i>) | NON | |



Article R 380-1 du Code de la Sécurité sociale

La « stabilité » du séjour au sens de la CMU de base

I. Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayants droit au régime général, les personnes visées à l'article L 380 1 [affiliation au titre de la « CMU de base »] doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre mer de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.

Toutefois, ce délai de 3 mois n'est pas opposable :

1° aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ainsi qu'aux personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;

2° aux bénéficiaires des prestations suivantes :

prestations familiales prévues à l'article L 511 1 et au chapitre V du titre V du livre VII et aides à l'emploi pour la garde de jeunes enfants prévues au titre IV du livre VIII ;

allocations aux personnes âgées prévues au titre I^{er} du livre VIII [allocation de solidarité aux personnes âgées ; allocation supplémentaire d'invalidité] ;

allocation de logement prévue par l'article L 831 1 et aide personnalisée au logement prévue par l'article L 351 1 du Code de la construction et de l'habitation ;

prestations instituées au livre II du Code de l'action sociale et des familles [aide sociale à l'enfance ; aide sociale aux personnes âgées dont APA] ; à l'exception de celles mentionnées au titre V [bénéficiaires de l'AME] ;

3° aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

II. [...]

• **Les ayants droit mineurs d'un assuré ne sont pas soumis au délai d'ancienneté de présence de 3 mois** que l'assuré soit affilié sur critère socioprofessionnel ou au titre de la résidence (« CMU de base »). Ce dernier point, méconnu, n'apparaît pas dans les textes, l'article R 380 1 du CSS ne distinguant pas le sort des mineurs. Mais le Conseil d'État par son arrêt du 23 décembre 2010 l'impose clairement : « *Considérant qu'il résulte des dispositions précitées que si les ayants droit majeurs d'une personne affiliée au régime général de la Sécurité sociale au titre de l'article L 380 1 sont, depuis l'intervention du décret du 14 mars 2007, soumis à la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de 3 mois, il n'en est pas de même des ayants droit mineurs, qui sont dispensés de cette condition* » (CE n° 335738, Aides, AFVS, Comede, Gisti).



Existence d'une condition de régularité de séjour et sources, voir *Panorama et notions-clés*, tableau p. 202

CONDITION DE « RÉSIDENCE RÉGULIÈRE » EN FRANCE

• **L'accès à l'assurance maladie est soumis à une obligation générale de séjour régulier** (voir condition n°3 « la régularité de séjour » des étrangers p. 205), y compris pour les ressortissants communautaires. Les étrangers démunis ne remplissant pas la condition de résidence régulière relèvent de l'Aide médicale État. La courte durée de validité d'un titre de séjour, ou sa « faible valeur » dans la hiérarchie des titres de séjour (par exemple une convocation en préfecture) ne fait pas obstacle à l'entrée dans le droit. Le Code de la Sécurité sociale prévoit trois définitions de la « régularité du séjour » selon que l'étranger peut être assuré sur critère socioprofessionnel, en tant qu'ayant droit d'un tel assuré, et enfin en tant qu'assuré sur critère de résidence (CMU de base) ou ayant droit d'un tel assuré.

• **Pour l'assuré sur critère socioprofessionnel, la condition de résidence régulière est imposée par l'article L 161-25-1 du CSS. La liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret** (art. D 115 1 CSS), comprenant le récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » et les autorisations de séjour avec droit au travail quelle qu'en soit la durée. Un visa de court séjour n'est pas un « titre de séjour » et n'entre pas dans la liste des documents permettant une affiliation sur critère socio professionnel.

Liste n° 1 : titres de séjour nécessaires pour être affilié sur critère socioprofessionnel
Article D 115-1 du Code de la Sécurité sociale,
 modifié en dernier lieu par décret du 27 février 2006

- 1° carte de résident;
- 2° carte de séjour temporaire;
- 3° certificat de résidence de ressortissant algérien;
- 4° récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci dessus;
- 5° récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 3 mois renouvelable portant la mention : « reconnu réfugié »;
- 6° 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;
- 7° 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;



- 8° autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de séjour d'une durée égale ou inférieure à 3 mois, ou, pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français, pour une durée inférieure à 3 mois;
- 9° autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail;
- 10° *paragraphe supprimé*
- 11° le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour;
- 12° contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi;
- 13° récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « il autorise son titulaire à travailler »;
- 14° carte de frontalier, d'une durée de validité de 6 mois, renouvelable.

• **S'ajoutent à cette liste les titulaires de visa de long séjour valant dispense de titre de séjour (VLS-TS, voir *fac simile*, guide 2008).** Ce type de visa (prévu par l'article R 311 3 4° à 11° Ceseda modifié par le décret n° 2011 1049 du 6 sept. 2011) autorise des séjours entre 3 et 12 mois, tient lieu de carte de séjour, et dispense leur titulaire (et les empêche donc) de demander un titre de séjour en préfecture.

Les catégories concernées sont :

1. les conjoints de ressortissants français sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale » (art. R 311 3 4°);
2. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « étudiant » (art. R 311 3 6°);
3. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « salarié » ou « travailleur temporaire » ou « scientifique chercheur » ou « stagiaire » (art. R 311 3 7° à 10°);
4. les étrangers conjoints de ressortissants étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale » (art. R 311 3 11°);
5. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « visiteur » (art. R 311 3 5°). **Attention :** cette dernière catégorie de personne n'est pas autorisée à exercer une activité professionnelle salariée en France, et ne pourra donc pas être assurée à ce titre. Ce visa long séjour valant titre de séjour (de même que les autres catégories) permet cependant de remplir la condition de régularité du séjour pour une affiliation comme ayant droit majeur ou au titre de la « CMU de base » (*voir infra*).

La lettre ministérielle du 12 octobre 2009, relative aux conditions de contrôle de la régularité de séjour de certains ressortissants



étrangers dispensés de l'obligation de détenir un titre de séjour pendant la durée de validité du visa long séjour, précise que ces visas (au titre conjoint de français, étudiant, salarié, visiteur, travailleur temporaire et par extension depuis le décret du 6 sept. 2011, stagiaire, scientifique chercheur et conjoint d'étranger, art. R 311 3 4° à 11°) valent régularité du séjour pour toutes les prestations de Sécurité sociale (dont l'assurance maladie). Pendant les 3 premiers mois de présence en France le VLS TS se suffit en lui même pour attester de la régularité du séjour. À l'issue des 3 premiers mois, le VLS TS ne vaut régularité du séjour que si son titulaire justifie avoir engagé les démarches auprès de l'Ofii par la production soit de l'accusé de réception émis par l'Ofii, soit du passeport revêtu de la vignette sécurisée ou du cachet. En revanche, pour les étrangers titulaires d'un visa long séjour (visa D) d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure ou égale à 6 mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » (notamment en tant qu'ascendant à charge de Français), si la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM du 3 mai 2000 (point II) précise bien qu'ils peuvent être affiliés à l'assurance maladie sur critère de résidence (*voir p. 217*), aucun texte ne prévoit que la possession de ce seul visa permette d'être affilié sur critère socio professionnel ou en tant qu'ayant droit d'un assuré sur critère socio professionnel.

• **Pour l'ayant droit majeur, la condition de régularité du séjour est imposée par l'article L 161-25-2 du CSS, (*voir Condition de régularité de séjour, p. 266 et Mineurs, p. 289*).** La régularité du séjour de l'ayant droit majeur d'un assuré sur critère socio professionnel est définie par décret (art. D 161 15 CSS). Il s'agit d'une liste comprenant la plupart des titres de séjour, dont les APS (quelle que soit la durée de validité de l'autorisation provisoire de séjour et même sans droit au travail). Un visa de court séjour n'est pas un « titre de séjour » et n'entre pas dans la liste des documents permettant une affiliation comme ayant droit majeur. En revanche, comme pour l'affiliation sur critère socioprofessionnel, les VLS TS le permettent (*voir supra*).

Liste n° 2 : titres de séjour nécessaires pour être affilié comme ayant droit majeur d'un assuré sur critère socioprofessionnel

Ne concerne pas l'ayant droit d'un assuré au titre de la CMU de base

Article D 161-15 du Code de la Sécurité sociale,
modifié en dernier lieu par décret du 27 février 2006

1° carte de résident;



- 2° carte de séjour temporaire ;
- 3° certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- 4° récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci dessus ;
- 5° récépissé de première demande de titre de séjour accompagné soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de la famille d'une personne de nationalité française ;
- 6° récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 3 mois renouvelable portant la mention : « reconnu réfugié » ;
- 7° 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 ;
- 8° autorisation provisoire de séjour ;
- 9° *paragraphe supprimé*
- 10° le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.

• **Pour l'assuré affilié sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base »), il n'existe pas de liste de titres de séjour, mais l'exigence d'une résidence « stable et régulière ».** La loi (art. L 380 1 CSS) définit le critère de résidence comme étant la résidence « stable et régulière » en France métropolitaine ou dans un département d'outre mer et renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser ces notions. Ce décret en Conseil d'État (modifié en dernier lieu par décret du 15 avril 2009) a créé l'article R 380 1 du CSS qui apporte peu de précisions sur la notion de « régularité » (pour la stabilité, *voir supra Ancienneté de présence en France*) et indique : « 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. » Le ministère a fixé par circulaire la définition de la régularité du séjour en « CMU de base » (circulaire ministérielle n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire). Sont en séjour régulier au sens de la « CMU de base » les personnes suivantes :

- les titulaires de tout document de séjour y compris « convocation préfecture », ou « rendez-vous préfecture » ;
- les titulaires de visa d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure ou égale à 6 mois (long séjour) comportant

Définition de la régularité du séjour en CMU de base : une circulaire ministérielle de référence qui fixe la frontière entre assurance maladie et AME

« 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 [affiliation au titre de la CMU de base]. » Circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000, §A. II B



la mention « dispense temporaire de carte de séjour » ;

les étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence prononcée par un arrêté du ministre de l'Intérieur ou du préfet ou, à Paris, du préfet de police.

EXCEPTIONS À L'OBLIGATION DE SÉJOUR RÉGULIER

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Catred, Des droits à votre portée, 3^e édition, téléchargeable sur le site www.catred.org

Dictionnaire permanent du droit des étrangers, Étude protection sociale, Éditions législatives

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire international des prisons, Guide du prisonnier de l'OIP, Éditions La Découverte, 4^e édition, 2012

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti, La Protection sociale des étrangers par les textes internationaux, coll. Les cahiers juridiques, déc. 2008 (nouvelle édition en 2015)

- **Les mineurs, notamment au titre d'ayants droit d'un assuré** (voir *Mineurs*, p. 290).

- **Les accidentés du travail et victimes de maladie professionnelle (AT/MP).** 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. La déclaration d'un accident du travail (si l'employeur ne l'a pas faite) peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (ou la constatation de la maladie professionnelle). Cependant, chaque situation doit être étudiée individuellement dans la mesure où l'établissement du caractère professionnel de l'AT/MP peut s'avérer difficile (emploi dissimulé, emploi sans autorisation, emploi sous une fausse identité, absence de contrat de travail et/ou de fiche de paye, crainte de la victime de représailles de l'employeur...). L'attribution d'une rente AT/MP de 20 % par l'assurance maladie ouvre droit à une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » (L 313 11 9^e Ceseda).

- **Les détenus.** S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie (L 381 30 CSS) seulement pendant la période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au delà de leur libération (L 381 30 1 et L 161 13 CSS), la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs (L 380 30 1 CSS).

- **Les conventions internationales.** Sont concernés les ressortissants de pays signataires de conventions internationales qui écartent l'obligation de régularité du séjour.

- **Le maintien des droits** (voir p. 225). 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



pendant 1 an des prestations en nature (remboursements de soins) de l'assurance maladie, malgré l'absence de titre de séjour (il peut alors être utile de demander une AME à titre partiel).

CONDITIONS DE RESSOURCES

• **Quel que soit leur statut administratif (y compris en séjour irrégulier), les étrangers résidant en France sont tenus de déclarer annuellement leurs revenus à l'administration fiscale.** La régularité du séjour est un critère indifférent en droit fiscal. L'avis d'imposition est une pièce essentielle pour justifier auprès des administrations sociales tant de son niveau de ressources que de sa résidence habituelle en France et de son ancienneté de présence.

• **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 prélevées à la source (salariés et assimilés, bénéficiaires de prestations sociales).

• **Pour l'affiliation comme ayant droit**, il n'y a pas de condition de ressources, ni exigence de paiement préalable de cotisations.

• **Pour l'affiliation sur critère de résidence** (CMU de base), le bénéfice de l'assurance maladie est gratuit (dispense de cotisation) :

- soit si l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU, selon l'article L 861 2 dernier alinéa du CSS;
- soit si l'intéressé bénéficie du RSA;
- soit si les ressources de l'intéressé sont strictement inférieures à 9 601€ par an [montant au 1^{er} oct. 2014], et ce, quelle que soit la composition du foyer.

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

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

• **Période de référence : l'année civile précédente** (art. D 380 1 CSS). Jusqu'au 1^{er} 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 que l'étranger récemment arrivé en France se voie 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 vise non pas l'avis d'imposition mais le revenu fiscal de l'année civile précédente. Il faut vérifier au préalable si l'étranger ne se trouve pas déjà sous le plafond de ressources pour les douze 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. L 861 2 CSS) et donc de justifier de ses ressources au delà des douze mois précédents.

• **Refus d'affiliation faute d'un relevé d'identité bancaire ou postal.** Le RIB ou RIP est un document facultatif (aucun texte légal ou réglementaire ne le mentionne), et son défaut ne doit pas faire obstacle à l'ouverture de droits lorsque l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU qui dispense d'avance des frais. Cependant, à la demande de leur agent comptable, de nombreuses caisses font figurer ce document dans la liste des pièces à fournir pour la complémentaire CMU. Cela engendre des complexités supplémentaires et donc des retards d'accès aux droits et aux soins pour les étrangers en séjour précaire dont l'accès à un compte bancaire est possible mais difficile (*voir Soutien juridique, guide 2008*). En matière d'Aide médicale État (AME), le ministère de la Santé a rappelé aux caisses que le RIB RIP n'est pas une pièce constitutive de la demande (*voir Aide médicale p. 255*).

IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MAJEURS (POUR LES MINEURS VOIR, P. 294)

• **L'entrée d'un nouveau bénéficiaire dans le dispositif de protection maladie nécessite son « immatriculation », c'est-à-dire l'attribution d'un numéro de gestion.** Il existe quatre types de numéros figurant sur les attestations de droit des usagers :

1. l'immatriculation « Sécurité sociale » définitive (concerne l'immense majorité des assurés en France et notamment toutes les personnes nées en France);
2. l'immatriculation « Sécurité sociale » d'attente (anciennement immatriculation provisoire);
3. l'immatriculation au régime des « migrants » pour les personnes installées en France mais assurées au titre d'une protection maladie de droit étranger et gérée par une caisse française;



4. l'identifiant national (IN) des bénéficiaires de l'AME non immatriculés précédemment.

| | Dénom. | NC | CP | | Concerne | Condition | C. Vitale |
|-------------------------------------|--------|----|----|---|--------------|----------------------------|-----------|
| | | | | | | | |
| Immatriculation définitive | NIR | 13 | 2 | 1 | Ass. maladie | État civil certifié | Oui |
| Immatriculation provisoire | NIA | 13 | 8 | 7 | Ass. maladie | État civil non certifié | Non |
| Immatriculation régime « migrants » | NIA | 13 | 6 | 5 | Ass. maladie | État civil non certifié | Non |
| Identifiant national AME | NIA | 13 | 8 | 7 | AME | Si pas de NIR précédemment | Non |

Dénom : dénomination ; NC nombre de chiffres ; CP commence par ; C. Vitale : carte SESAM-Vitale possible
NIA : numéro identifiant d'attente (anciennement NNP, numéro national provisoire) ; NIR : numéro d'inscription au répertoire (des personnes physiques ; Insee)
Sources : décret n° 2009-1577 du 16.12.2009 et circulaire ministérielle DSS/SD4C n° 2012-213 du 1.6.2012

• **Un numéro de Sécurité sociale est attribué à toute personne qui demande pour la première fois à bénéficier de la Sécurité sociale.** Cette 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 des personnes physiques de l'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 (ou une caisse générale en outre mer), conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière, *voir supra*).

• **Pour le demandeur né à l'étranger** (Français inclus), la procédure est particulière. Il doit lui même fournir à la CPAM/CGSS une pièce d'état civil (PEC) probante avec filiation, qui est transmise au service administratif national d'identification des assurés (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/CGSS) qui édite le NIR après certification de l'état civil 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 commune



à la CNAV et à l'Insee (Guide de l'identification). Cette instruction est modifiée périodiquement. 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 par les caisses.

• **En cas de défaut d'extrait d'acte de naissance, le demandeur doit présenter toute autre pièce d'état civil (PEC) :**

un passeport (instruction CNAM lettre réseau LR DRM 10.2004 du 28 janv. 2004);

à défaut, pour les demandeurs d'asile, le récépissé jaune portant la mention « constatant le dépôt d'une demande d'asile » doit permettre l'immatriculation définitive [Guide de l'identification Cnav/Insee version 3, novembre 2008];

à défaut, une carte de séjour délivrée par l'administration 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 le Sandia est notifié à la CPAM/CGSS, et le demandeur doit être informé des motifs par la caisse.

• **Dans l'attente de l'immatriculation définitive, ou en cas de défaut de pièce d'état civil probante,** la caisse ne devrait ni refuser l'enregistrement de la demande ni différer l'ouverture des droits. En effet, chaque CPAM/CGSS a compétence pour procéder à l'édition d'un numéro identifiant d'attente (NIA, anciennement numéro national provisoire, NNP), qui commence par 8 (femme) ou par 7 (homme). Il s'agit là d'une compétence 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/CGSS 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 SESAM 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 (télépaiement en mode dit « dégradé », pas de vérification informatique de l'ouverture de droits, délais de remboursement plus longs hors du département...).



- **Pour l'identifiant national en Aide médicale État (AME),** voir *Justificatifs d'identité et immatriculation, p. 245.*

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, il n'existe donc pas de procédure d'urgence en tant que telle (voir *Délai d'obtention : procédure immédiate, p. 233*).

- **L'« affiliation sans délai » n'est précisée par aucun texte.** Il s'agit, depuis la réforme CMU de 1999, de mettre en œuvre une « présomption d'existence 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. L 161 2 1 CSS et circulaire DSS/2A/99/701 du 17 déc. 1999, §A.I). Lorsque le dossier est complet, il est théoriquement possible que le demandeur se voie remettre le jour même une attestation papier d'admission provisoire valable 3 mois, sous réserve de la justification de sa résidence stable et régulière. Le code régime correspondant est 803 (admission provisoire au titre de la « CMU de base »). En pratique, les caisses demandent une liste de pièces à fournir complexe, et invitent les personnes à revenir les déposer ou à les leur envoyer, avec des délais de traitement allant jusqu'à plusieurs mois.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

- **La date d'ouverture du droit est la date de dépôt du dossier,** même lorsque la réponse de la caisse parvient ultérieurement (circulaire DSS/2A du 12 janv. 2000, §I. 2.2, p. 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 du droit,** sauf dans certains cas où une demande de complémentaire CMU est simultanément demandée (voir p. 236).
- **En cas de réception d'une facture de l'hôpital,** il faut prendre contact avec le service des frais de séjour (ou des traitements

« CMU de base » : une porte d'entrée à l'assurance maladie, théoriquement sans délai et simplifiée

Article L 161 2 1 du 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. »



externes) ou avec le service social du service concerné. En cas de convocation ou de demande de document par le CSS, il faut 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 du droit à l'assurance maladie ne peut pas être inférieure à 1 an** (sauf en cas de décès ou de départ hors de France). Bien qu'aucun texte ne formalise un droit incompressible de 1 an dans toute situation socio professionnelle, plusieurs sources convergent vers ce critère :

 - pour les personnes affiliées en qualité de travailleur salarié la durée de 1 an est fixée par l'article R 313 2 du CSS;
 - le « **maintien de droit automatique** » (art. L 161 8 CSS) est fixé à 1 an pour la couverture de base (art. R 161 3 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 protection complémentaire;
 - la « CMU de base » a pour fonction de maintenir dans le système toute personne résidant en France de façon stable et régulière même sans activité professionnelle.
- **En cas de titre de séjour de courte durée**, le même raisonnement s'applique, et l'ouverture du droit ne peut pas se limiter à la seule durée du titre de séjour. Par exemple, avec une autorisation provisoire de séjour de 3 mois (APS 3 mois) :

 - s'il s'agit d'un salarié (APS avec droit au travail), celui ci pourra être affilié à l'assurance maladie car son titre de séjour l'y autorise (*voir D 115-1 du CSS, p. 214*). En cas de non renouvellement de son APS, le dispositif de maintien des droits de 1 an (*voir infra*) trouverait à s'appliquer à compter de la fin de validité de l'APS. L'ouverture de droit initiale ne peut donc être inférieure à 1 an;
 - s'il s'agit d'un assuré sur critère de résidence (au titre de la « CMU de base »), l'article R 380 1 du CSS précise que l'étranger doit être en règle « à la date de [son] affiliation ». Un titre de séjour de courte durée ne peut donc pas motiver un refus « d'entrée dans le droit ». Le dispositif de maintien des droits de 1 an devrait également trouver à s'appliquer. Dans tous les cas, si l'assuré est également bénéficiaire de la complémentaire CMU (assuré ayant de faibles ressources), celle ci est attribuée de façon incompressible pour 1 an,



même en cas de perte du droit au séjour, sauf fraude ou départ du territoire. La couverture de base est, de plus, toujours prolongée jusqu'à expiration de l'année en cours de protection complémentaire en cours (*voir Les sources dans complémentaire-CMU, p. 236*).

• **Le maintien des droits est applicable pour un étranger qui perd son droit au séjour.** Les assurés étrangers et/ou leurs ayants droit qui deviennent « sans papiers » restent bénéficiaires de l'assurance maladie, sur la base de l'article L 161 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 (affiliés au titre de la « CMU de base »). Ce dernier point est contestable, l'article L 161 8 du CSS ne distinguant pas entre catégories d'assurés.

• **En pratique, le maintien des droits est appliqué** pour les assurés sur critères socioprofessionnels (dont les anciens demandeurs d'asile indemnisés par Pôle emploi). Demander au centre de Sécurité sociale une notification écrite et une mise à jour de la carte SESAM 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) assurés au titre 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*).

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE SESAM-VITALE

• **Les frais couverts par l'assurance maladie** (art. L 321 1 CSS) sont les frais de médecine générale, spéciale et de soins dentaires (70 %), les frais pharmaceutiques (65 %), d'analyse et d'examen de laboratoire (60 %), d'hospitalisation ou de consultation externe et d'examen 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 %).

• **Précision sur le forfait journalier hospitalier.** Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux



frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie (au 30 juill. 2012 : 18 € par jour en hôpital ou en clinique ; 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie sauf dans les situations suivantes :

- bénéficiaire de la complémentaire CMU ou de l'Aide médicale État (AME) ;

- femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de sa grossesse, pour l'accouchement et pendant douze jours après l'accouchement ;

- enfant nouveau né hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance ;

- hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;

- soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;

- assuré du régime d'Alsace Moselle ;

- soins d'un enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;

- titulaire d'une pension militaire.

- **L'assuré doit régler ses frais de santé** (à l'exception de l'hospitalisation) et se fait rembourser par la CPAM/CGSS. Le système du « tiers payant » 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 caisse rembourse le professionnel pour la « part obligatoire », et l'assuré ne paye que la part complémentaire, appelée « ticket modérateur » (*voir Lexique, p. 200*). La « dispense complète d'avance des frais » (pas de paiement du ticket modérateur) est réservée aux seuls titulaires de la complémentaire CMU (*voir Dispense d'avance des frais p. 238*) ou de l'AME (*voir Dispense d'avance des frais p. 261*). Les personnes atteintes d'une ALD (*voir infra*) sont prises en charge à 100 % du tarif Sécurité sociale mais ne sont pas, de droit, dispensées d'avancer les frais.

- **Les feuilles de soins des particuliers** doivent être présentées à la caisse dans un délai de 2 ans à compter du 1^{er} jour du trimestre suivant celui des soins, sous peine de prescription, la caisse ne remboursant plus, passé ce délai (art. L 332 1 et L 161 14 1 CSS). Pour les établissements publics le délai est de 1 an après les soins ou la sortie d'hospitalisation (L 162 25 CSS).



• **Le « 100 % »**, c'est à dire les cas d'exonération du ticket modérateur (art. L 322 2 et R 322 1 CSS), concerne les hospitalisations à partir du 31^e jour, les actes de chirurgie dont le coefficient est supérieur à K 50, les soins délivrés pour une affection de longue durée exonérante (100% ALD30, liste à l'article D 322 1 du CSS), les femmes enceintes pour les quatre derniers mois de leur 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).

• **Le « 100 % » ne couvre pas :**

le ticket modérateur pour les actes sans relation avec le motif médical de l'exonération (par exemple, la personne exonérée pour une affection de longue durée ne sera pas couverte à 100% pour les soins concernant une autre pathologie);

la participation forfaitaire de 1 euro, ni les franchises médicales, déduites automatiquement des remboursements;

le forfait hospitalier journalier, c'est à dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée;

les dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé;

pour les dispositifs médicaux (lunettes, prothèses,...), la différence entre le tarif Sécurité sociale et le prix de vente pratiqué par le fournisseur;

les actes et prestations non remboursés par la Sécurité sociale (par exemple, les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments remboursables).

• **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%.

• **La carte « SESAM-Vitale »** est un support électronique, pour les personnes âgées de plus de 16 ans, permettant de simplifier les relations avec les professionnels de santé (vérification des droits et paiement plus rapide par la caisse). Elle est désignée comme carte d'assurance maladie individuelle interrégimes par les articles L 161 33 et R 161 33 1 du CSS. Elle indique les droits à la complémentaire CMU. Son obtention est conditionnée à l'octroi d'une immatriculation définitive (*voir supra*). En cas d'immatriculation provisoire (numéro commençant

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Assurance maladie, [www.ameli.fr/assures/droits et demarches, rubrique Par situation médicale](http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/rubrique-Par-situation-medecale)

TRT5, VIH et 100 % Sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, 2006, <http://www.trt5.org/IMG/pdf/EPProtocoloSoinLoDef2.pdf>

ATTENTION

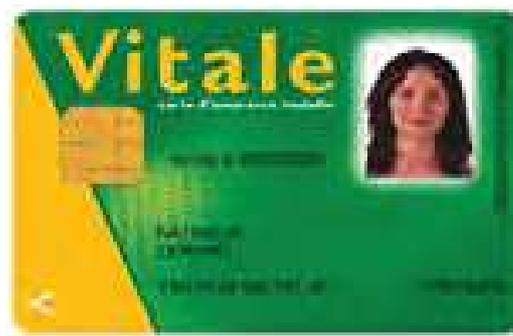
La mention « CMU » ne signifie pas complémentaire CMU (mention figurant explicitement pour ceux qui en sont bénéficiaires).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapports
annuels d'observation,
www.comede.org

**Observatoire du
droit à la santé des
étrangers**, Rapports
d'observation,
www.odse.eu.org



par 7 ou 8), il faut
remettre au centre
de Sécurité sociale
un document
d'état civil probant
pour obtenir une
immatriculation
définitive.

Codes des « régimes » pouvant concerner les étrangers

Source : « 5^e Rapport d'évaluation de la loi CMU », 2011

| | | |
|-----|--|---|
| 801 | Critère de résidence avec cotisation | Affiliation dite au titre de la « CMU de Base » |
| 802 | Critère de résidence sans cotisation | |
| 803 | Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate (provisoire de 3 mois, avant examen au Dispositif) | |
| 804 | Critère de résidence avec cotisation + risque AT | |
| 806 | Critère de résidence au titre du RSA | |
| 833 | Critère de résidence ex-Yougoslave majeur | |
| 090 | Bénéficiaire d'une allocation de chômage | |
| 095 | AME | |