

# La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale

À jour de la réforme Puma (Protection universelle maladie)



groupe  
d'information  
et de soutien  
des immigré·e·s

# La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale 1

## I. Présentation générale de la réforme Protection universelle maladie (Puma) 3

- A. Principes de la réforme 3
- B. Principales modalités de la réforme 3
- C. Modifications juridiques : « droits constants » sauf pour les personnes étrangères 4
- D. Difficultés pour les personnes étrangères 5

## II. Les conditions d'accès à la prise en charge des frais de santé 7

- A. Une condition générale : travailler ou résider en France 7
  - 1. Travailler en France, sans forcément y résider – 2. Résider en France – 3. Les pensionnés d'un régime français (retraite, réversion, invalidité ou accidents du travail-maladies professionnelles) ne résidant pas en France (L.160-3 CSS)
- B. La condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois (CSS, art D. 160-2) 14
  - 1. Les ambiguïtés de l'expression « stabilité de la résidence » – 2. Le principe de la condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois – 3. Les exceptions à l'exigence d'un justificatif d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois
- C. La condition de régularité du séjour 19
  - 1. Les personnes ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse
  - 2. Les personnes non ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de Suisse
  - 3. Les personnes étrangères non soumises à une condition de régularité du séjour
  - 4. Et pour les personnes ne remplissant pas la condition de régularité de séjour ?

## III. Justifier de son identité et permettre son identification 35

- A. La procédure d'« identification » des personnes remplace l'« immatriculation » 35
  - 1. Le renforcement du rôle du numéro de sécurité sociale définitif (NIR) – 2. La distinction entre attribution du numéro de sécurité sociale définitif (ex-immatriculation) et ouverture de droits
- B. Personnes disposant déjà d'un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) 36
- C. Personnes ne disposant pas d'un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) 37
  - 1. Obtenir un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) pour les personnes nées hors de France – 2. L'absence de NIR ne peut pas conduire à empêcher l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé – 3. L'interdiction de couper les droits à la « prise en charge des frais de santé » pour défaut de NIR ou de pièce d'état civil
- D. L'attribution du numéro de sécurité sociale définitif (NIR) et l'accès à la carte Vitale 42

## Annexes 43

- Annexe 1. Sigles et abréviations 43
- Annexe 2. Lexique 45
- Annexe 3. Textes juridiques 50
- Annexe 4. Formulaire « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » 59

# La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale

## Conséquences de la réforme Puma (Protection universelle maladie)

Cette note porte sur les principales conditions d'accès à ce qu'on appelle communément la « Sécu » ou les « droits sécu », droits qui se matérialisent généralement par la délivrance d'une « carte Vitale » et qui permettent une prise en charge financière ou un remboursement des frais de soins. En termes juridiquement précis, il s'agit du rattachement à une caisse d'assurance maladie<sup>(1)</sup> pour la prise en charge des frais de santé (soins ou biens médicaux<sup>(2)</sup>), dénommés, jusqu'à la réforme Puma, les « prestations en nature » de l'assurance maladie.

Cette note s'attache plus particulièrement aux trois obstacles se posant particulièrement pour les personnes étrangères : une condition de régularité du séjour ; une condition d'ancienneté de présence en France ; des exigences relatives à la justification de l'identité.

Cette note ne porte pas sur :

- la prise en charge des soins reçus hors de France<sup>(3)</sup> ;
- les assurances santé « complémentaires » aux régimes de base, la complémentaire-CMU (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- l'aide médicale d'État (AME) ;
- le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ;
- les prestations en espèces de la sécurité sociale, comme les indemnités journalières maladie ou maternité (« congés maladie » et « congés maternité »).

(1) *Caisse* du régime général (CPAM, CGSS), de la Mutualité sociale agricole (MSA), du Régime social des indépendants (RSI), etc.

(2) La prise en charge des frais de santé dans le cadre de l'assurance maladie-maternité recouvre notamment la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans certains établissements et des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Cette prise en charge financière ne couvre pas forcément 100 % des frais de santé engagés, une partie des frais pouvant être laissés à la charge des assurés (ticket modérateur, franchises, forfaits, etc.).

(3) Les possibilités de prise en charge de frais de soins reçus à l'étranger s'effectuent soit dans le cadre d'un accord international (convention bilatérale de sécurité sociale avec la France, règlement européen de coordination des systèmes de sécurité sociale), soit hors de tout accord (CSS, L. 160-7, formulaire Cerfa en ligne sur Ameli). Sur les textes ou ressources diverses concernant ces possibilités, voir la page « Maladie, maternité, soins, santé » sur le site du Gisti ([www.gisti.org/spip.php?article2413](http://www.gisti.org/spip.php?article2413) ou via les pages « Le droit »/« Réglementation »/« Protection sociale »).

→ Pour retrouver l'ensemble des textes mentionnés dans cette note pratique, mais également de nombreuses autres ressources, voir sur le site du Gisti la page « Maladie, maternité, soins, santé » :  
[www.gisti.org/spip.php?article2413](http://www.gisti.org/spip.php?article2413) (accessible via les pages « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »)

# I. Présentation générale de la réforme Protection universelle maladie (Puma)

## A. Principes de la réforme

Selon les présentations officielles, la réforme intitulée « Protection universelle maladie » ou Puma, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, « *parachève la logique initiée avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues* ». La réforme ne vise pas à créer de nouveaux droits mais plutôt à garantir l'effectivité des droits existants. Les maîtres mots sont « *la simplification et la continuité des droits* ». « *L'esprit de la réforme* » est de garantir « *un droit à la prise en charge des frais de santé<sup>(4)</sup> à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie* » de sorte que « *l'assuré, au gré de ses changements de situation, doit passer d'une catégorie ou d'un régime à l'autre, avec le plus de fluidité et de simplicité possible afin de garantir la continuité de ses droits* ».

La réforme a pour objet de :

- « *simplifier la vie des assurés et de leur assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé* » (« *leur garantir un droit au remboursement des soins de manière continue, sans que les changements familiaux ou professionnels n'affectent ce droit* ») ;
- « *réduire au strict nécessaire les démarches administratives et les situations nécessitant de changer de caisse d'assurance maladie* » ;
- « *garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé* ».

## B. Principales modalités de la réforme

Concrètement, la réforme doit réduire les démarches et les situations de rupture des droits en cas de changement de caisse ou de régime du fait d'un déménagement, d'une rupture familiale, ou encore d'un changement de situation professionnelle (régime général, régime étudiant, RSI, MSA, etc.). Cette simplification prônée par la réforme Puma vise également à réduire les coûts de gestion des caisses. Les ruptures de droit sont ainsi a priori évitées puisque les droits ne sont plus bornés pour une durée préfixée au moment de leur ouverture.

Une caisse n'a ainsi pas le droit d'interrompre la prise en charge des frais de santé avant qu'une autre caisse (éventuellement d'un autre régime) n'ait pris le relais. Les droits peuvent être interrompus uniquement si l'une de ces deux conditions vient à ne plus être remplie : soit la condition de résidence sur le territoire français (en cas de transfert de résidence à l'étranger ou d'absences trop prolongées du territoire)

(4) La notion de « prise en charge des frais de santé » remplace celle de « prestation en nature » (de l'assurance maladie).

soit, pour les seules personnes étrangères, la condition de régularité du séjour (voir II. A. 2 et II. C. pour une présentation de ces deux conditions). Cependant, même si l'une de ces conditions n'est plus remplie, la fermeture des droits ne peut avoir lieu qu'à l'issue d'une procédure préalable encadrée permettant à l'intéressé-e de faire valoir ses éventuels arguments (respect du principe du contradictoire)<sup>(5)</sup>.

Pour renforcer les droits autonomes des personnes prises en charge, la réforme s'est également traduite par la suppression de la notion d'ayants droit majeurs (ceux qui le sont encore peuvent devenir assurés à titre personnel dès qu'ils en font la demande et le seront au plus tard d'ici 2020) et a même prévu que les mineurs dès l'âge de 16 ans, déjà ayants droit d'une ou d'un assuré social, puissent être assurés de façon autonome<sup>(6)</sup>.

## C. Modifications juridiques : « droits constants » sauf pour les personnes étrangères

Les fondements juridiques du système d'assurance maladie de la sécurité sociale ont été significativement modifiés par la réforme Puma. Désormais, le paiement des soins ne repose plus sur la notion d'assurance sociale mais sur celle de prestation universelle. La notion d'assurance sociale demeure applicable aux seules prestations en espèces, c'est-à-dire, en matière d'assurance maladie-maternité, aux indemnités journalières (revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail, communément appelé « congé maladie » ou « congé maternité »).

Le droit au paiement des soins est désormais attaché indistinctement au statut de travailleur ou à celui de résident en France, et se retrouve juridiquement exclu de la partie « assurances sociales » du code de la sécurité sociale (Livre III) pour intégrer une partie autonome et spécifique (Livre I, articles L.160-1 et suivants).

La réforme Puma a conduit à la suppression, création ou modification de plus de 200 articles du code de la sécurité sociale (CSS)<sup>(7)</sup>. Pour autant, les conséquences pratiques d'un tel changement sont indolores et imperceptibles pour la plupart des usagers. Les promoteurs de la réforme ont d'ailleurs parlé de « droits constants » en assurant que les droits des assurés sociaux ne seraient pas modifiés (population couverte, « panier de soins » ou types de soins remboursés, niveaux de remboursement)<sup>(8)</sup>.

(5) CSS, art. L.114-10 et suivants, R. 114-10 et suivants.

(6) Toute personne de plus de 16 ans ayant droit (mineure ou majeure) d'une ou d'un assuré social souhaitant être assurée à titre personnel peut le demander au moyen du formulaire Cerfa n° 15680\*01 « Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel » (téléchargeable en ligne sur Ameli). Le mineur de plus de 16 ans peut faire cette demande sans l'autorisation des parents (point confirmé par des instructions internes de la Cnamts).

(7) Articles 32 et 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (petites modifications par l'article 64 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017), décrets n° 2015-1865 et n° 2015-1882 du 30 décembre 2015, n° 2016-979 du 19 juillet 2016, n° 2017-240 du 24 février 2017, n° 2017-736 du 3 mai 2017 et arrêté du 10 mai 2017.

(8) Cette réforme ne modifie pas non plus d'autres dispositifs comme la complémentaire-CMU (CMU-C), l'aide médicale d'État (AME) ou le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV).

Cependant, la modification de la structure du code entraîne trois changements aux conséquences substantielles pour les personnes étrangères :

- 1) La base textuelle définissant la « régularité du séjour » pour la prise en charge des frais de santé est entièrement redéfinie (voir II. C. ci-après), ce qui pose de nouvelles difficultés juridiques pour identifier précisément la frontière entre les personnes relevant de l'assurance maladie et celles relevant de l'aide médicale d'État (AME).
- 2) Le mécanisme de « maintien des droits » disparaît en ce qui concerne la prise en charge des frais de santé<sup>(9)</sup>. Un nouveau mécanisme de prolongation des droits permettant de lisser les périodes d'ouverture de droits en fonction de la durée du titre de séjour a néanmoins été mis en œuvre à compter du 27 février 2017 (voir II. C. ci-après).
- 3) L'identification des nouveaux assurés, les mécanismes d'immatriculation et le contrôle de l'identité sont modifiés avec la disparition du concept d'« affiliation » au profit du concept de « rattachement » (voir III. ci-après).

## D. Difficultés pour les personnes étrangères

Si la réforme doit permettre un progrès en évitant des ruptures de droits et certaines démarches pour les personnes qui sont déjà assurées sociales, tel n'est pas le cas pour l'entrée initiale dans le système. La complexité des démarches pour une ouverture des droits n'a pas diminué avec la réforme, bien au contraire.

Au motif que le droit est désormais ouvert sans durée prédéfinie et ne pourrait plus être fermé aussi facilement par les caisses, l'intention affichée par les pouvoirs publics est de « sécuriser » ou « fiabiliser » davantage l'entrée dans le droit. Ainsi, bien que devant s'effectuer à « droits constants », la réforme se traduit par une augmentation des exigences des caisses, notamment en matière d'état civil et de documents justifiant de la régularité du séjour en France.

En matière de régularité du séjour, la publication de l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres et documents pouvant être produits aboutit globalement à un durcissement par rapport à la situation antérieure à la réforme Puma : des personnes en situation régulière qui, avant la réforme, auraient obtenu l'ouverture des droits, n'y sont désormais plus éligibles et sont renvoyées vers l'AME.

### **Il n'existe pas de « droits Puma », de « dispositif Puma », de « prestation Puma », d'« ouverture (de droits) Puma »**

L'acronyme ou terme « Puma » est un terme de communication politique désignant la réforme du Code de la sécurité sociale intervenue fin 2015, mais ne correspond à aucune prestation et on ne trouve aucune trace de la formule dans le code de la sécurité sociale.

<sup>(9)</sup> Le principe du « maintien des droits » a été conservé mais pour les seules prestations en espèces des assurances maladie et maternité (CSS, art. L.161-8).

Pour éviter les incompréhensions préjudiciables en matière d'accès aux droits, cette note recommande de ne pas parler de « droits Puma », de « dispositif Puma », de « prestation Puma », d'« ouverture (de droits) Puma ». « La Puma » renvoie uniquement à l'intitulé de la réforme entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Pour désigner les prestations concernées, cette note propose d'utiliser le vocable « prise en charge des frais de santé » (CSS, art. L. 160-1) ou encore « assurance maladie » (CSS, art. L.O. 111-3). Cette dernière notion, bien que techniquement approximative (le paiement des soins n'est plus juridiquement une assurance sociale), reste indispensable en ce qu'elle permet de distinguer clairement le droit sécurité sociale du droit AME. Cette notion permet aussi de marquer le lien avec des organismes de rattachement pour la prise en charge des frais de santé qui demeurent les caisses d'assurance maladie.

## II. Les conditions d'accès à la prise en charge des frais de santé<sup>(10)</sup>

### A. Une condition générale : travailler ou résider en France

Pour être rattaché à un régime de sécurité sociale pour la prise en charge des frais de santé, la personne doit exercer une activité professionnelle ou, à défaut, résider de façon stable et régulière en France (CSS, art L. 111-1, L.160-1, L.160-5).

La personne remplissant l'une ou l'autre de ces conditions peut en outre être tenue de justifier de la « stabilité » ou ancienneté ininterrompue de plus de 3 mois de sa résidence en France (II. B. p. 14), de la régularité de son séjour (II.C. p. 19) et de son identité (III. p. 35)

#### 1. Travailler en France, sans forcément y résider

Les personnes exerçant de façon légale une activité professionnelle, salariée ou non salariée, sur le territoire français bénéficient de la prise en charge des frais de santé, quel que soit leur lieu de résidence et sans qu'elles aient à justifier d'une durée d'activité minimale. L'ouverture des droits sur critère d'activité professionnelle s'effectue donc dès la première heure travaillée<sup>(11)</sup>. L'activité professionnelle se prouve par tout moyen. Le formulaire Cerfa n° 15763\*01 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » indique que la personne doit fournir « *une photocopie de toutes pièces justifiant de cette situation [d'exercice d'une activité professionnelle], par exemple [son] contrat de travail ou un bulletin de paie* ».

Les personnes exerçant une activité professionnelle ne sont pas soumises à une condition de résidence en France. S'il s'agit d'un travail salarié, l'employeur doit cependant être établi en France (dans le cas, le plus souvent, des travailleurs frontaliers qui disposent d'un contrat de travail de droit français) ou, si l'employeur n'y est pas établi (dans le cas des travailleurs détachés en France disposant d'un contrat de travail du pays de leur employeur), les cotisations sociales doivent être versées en France, c'est-à-dire que la ou le salarié doit être affilié-e par son employeur à un régime français de sécurité sociale (CSS, art. L.160-1 et R.111-2-2).

(10) Le champ territorial d'application de la prise en charge des frais de santé prévue dans le code de la sécurité sociale et présenté dans cette note couvre la métropole, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Pour la prise en charge des frais de santé dans les autres terres ultramarines où elle ne relève pas du code de la sécurité sociale (Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis-et-Futuna), voir le Cahier juridique sur le droit en outre-mer (à paraître en 2018).

(11) Selon des instructions internes (par exemple, Bulletin info partenaires n° 2, CPAM 93, 26 juin 2017), si la caisse reçoit le contrat de travail postérieurement à la date du début d'embauche, les droits doivent être ouverts à compter du début d'activité (par exemple le 1<sup>er</sup> janvier pour un contrat de travail daté du 1<sup>er</sup> janvier mais reçu le 5 janvier), alors que pour un rattachement sur critère de résidence le début du droit ne peut pas avoir lieu avant la date du dépôt de la demande (sauf cas particuliers liés à l'ouverture rétroactive de droits à la CMU-C, voir le Guide du Comede 2015, p. 235 et suivantes).

Ne sont pas non plus soumis à une condition de résidence les membres de la famille à la charge d'une ou d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen<sup>(12)</sup>.

## 2. Résider en France

Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé, la personne doit, si elle n'y exerce pas d'activité professionnelle, résider sur le territoire français (CSS, art. L. 111-1 et L. 160-1), sauf rares exceptions (voir p. 32. et ci-après II. A. 3.).

La résidence est une situation de fait : la personne doit vivre en France, c'est-à-dire s'y installer ou s'y être installée. Elle doit « *se trouver en France et y demeurer dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité*<sup>(13)</sup> ». Cette condition se prouve par tout moyen et vise à exclure les personnes de simple passage. En revanche, elle n'implique pas que la personne doive être présente sur le territoire depuis une période donnée. À cet égard, la condition de résidence ne doit pas être confondue avec la condition dite de « stabilité de la résidence » ou d'antériorité de résidence ininterrompue de 3 mois (voir II. B.).

**N.B.** : *la condition de résidence ne s'applique pas aux personnes exerçant une activité professionnelle en France (avec un contrat de travail de droit français s'il s'agit de salariés) ni aux membres de famille d'une ou d'un assuré social si une convention bilatérale ou un règlement européen le prévoit (voir II. A. 1.).*

### a. La condition de résidence à l'ouverture des droits

En pratique et sauf cas de figure très particuliers, cette condition ne pose guère de difficulté pour l'ouverture des droits (aucun justificatif particulier n'est indiqué dans le formulaire de demande, les informations ou justificatifs demandés pour d'autres conditions suffisant à attester de cette condition de résidence).

Le principal problème qui se pose est dû à la pratique des caisses consistant à refuser l'ouverture des droits en renvoyant de façon erronée vers d'hypothétiques droits ouverts dans un autre pays alors même que la personne a quitté ce pays et s'est installée en France (encadré).

#### **Les refus abusifs au motif d'une possible couverture par le système de sécurité sociale du précédent pays de résidence**

*Les caisses refusent fréquemment d'ouvrir les droits pour des soins reçus en France à des personnes au motif qu'elles pourraient relever du système de sécurité sociale de leur pays d'origine ou du dernier pays de résidence et que leurs frais de soins reçus en France pourraient être pris en charge par ce système. Une caisse française est en effet théoriquement en droit d'invoquer un principe de subsidiarité qui veut, que si les frais de soins peuvent relever et être financés par un autre système de sécurité sociale dans le cadre*

(12) CSS, art. L. 160-4 2°. Voir également plus loin le point 2.d.ii.

(13) Avis du Conseil d'État n° 328.143, Assemblée Générale, 8 janvier 1981.

*d'un accord international, cet autre système prime. L'article L.111-1 du CSS précise que la sécurité sociale « assure la prise en charge des frais de santé [...] dans le cadre du présent Code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens<sup>(14)</sup> ».*

*La plupart du temps, de telles possibilités de prise en charge de soins reçus en France, à travers des conventions bilatérales de sécurité sociale ou à travers la coordination des systèmes de sécurité sociale au sein de l'espace européen, concernent des personnes en séjour temporaire en France (par exemple, des personnes utilisant la carte européenne d'assurance maladie lors de leur séjour temporaire dans un autre pays européen). Dès lors, renvoyer les personnes s'installant et résidant en France vers de telles possibilités, pourtant normalement destinées à des personnes en séjour temporaire en France et qui n'y résident pas, est un détournement de ces possibilités.*

*Du reste, la prise en charge de personnes par un système étranger alors même qu'il y a eu transfert de résidence en France est extrêmement rare : cela concerne essentiellement les pensionné·e·s d'un régime de retraite ou d'invalidité, ou encore les bénéficiaires d'une prestation d'accident du travail ou de maladie professionnelle versée par un autre pays de l'Espace économique européen et qui viennent s'installer en France. Dans ces hypothèses, il revient à la caisse française de prendre contact avec le pays d'origine, à travers le point de contact prévu dans le cadre de la coordination européenne ou des conventions bilatérales, pour vérifier qu'il y a bien prise en charge par la caisse d'origine. Exiger du bénéficiaire qu'il entreprenne lui-même cette démarche et qu'il produise le formulaire correspondant, alors même qu'il sait ne pas se trouver dans une des situations prévues (pensionné·e de retraite ou d'invalidité, titulaire d'une rente d'accident du travail<sup>(15)</sup>) est abusif.*

*En pratique, le fait d'attester sur l'honneur ne plus être pris en charge par le précédent pays de résidence, ou encore d'apporter une attestation de fin de prise en charge par l'organisme de ce pays, permet néanmoins parfois de lever les blocages.*

## **b. La condition de résidence pour les personnes déjà assurées sociales**

Les problèmes liés à la condition de résidence se posent surtout pour les personnes déjà assurées sociales. Pour continuer à remplir la condition de résidence et donc pouvoir conserver son droit à une prise en charge des frais de santé, la personne doit en effet avoir, sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations)<sup>(16)</sup>. Un contrôle périodique est effectué par les caisses d'assurance maladie.

La condition de résidence n'est plus remplie en cas de transfert définitif de résidence hors de France, c'est-à-dire si la personne déménage à l'étranger. Dans ce cas, les

(14) Voir également R.111-3 CSS.

(15) Ou encore, et pour une période temporaire, bénéficiaire d'une prestation d'assurance chômage (dans le cadre uniquement des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale).

(16) CSS, art. R.111-2.

droits cessent dès le départ du territoire (CSS, art. L. 161-15-1) et la personne est tenue d'informer la caisse et de restituer sa carte Vitale (CSS, art. L. 161-15-4, R. 115-7)<sup>(17)</sup>.

Les difficultés sont plus grandes pour les personnes effectuant des allers-retours entre la France et l'étranger et s'absentant trop longtemps du territoire français, ce qui peut conduire la caisse, après un contrôle a posteriori, à conclure que la condition de résidence n'est plus remplie et à interrompre les droits, voire à considérer que la condition n'était pas ou plus remplie déjà depuis longtemps et à demander le remboursement des soins déjà pris en charge depuis une ou plusieurs années. Pire, la caisse peut même aller jusqu'à considérer qu'il s'agit d'un comportement frauduleux, pénalement répréhensible.

Pour éviter de tels problèmes, et pour continuer à remplir la condition de résidence, le conseil à donner est de ne pas s'absenter du territoire français plus de 6 mois au total (180 jours) par année civile et de ne pas oublier non plus de déclarer ses revenus à l'administration fiscale ; l'absence d'une telle déclaration de revenus (qui est obligatoire quel que soit le montant des revenus) étant désormais systématiquement signalée aux caisses, ce qui les conduit à présumer que l'intéressé-e ne réside plus en France.

### c. L'exclusion de certaines personnes résidant pourtant en France

Certaines personnes résidant (de façon régulière) en France sont exclues du droit à la prise en charge des frais de santé (CSS, art. L.160-6), sauf si elles exercent une activité professionnelle complémentaire en France. Il s'agit :

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

– des personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

– des personnes titulaires d'une pension étrangère qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ;

– des agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;

– des travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre

(17) La personne doit remplir et adresser un formulaire « déclaration de transfert de résidence hors de France » (Cerfa 15717\*01 ou S1105).

personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ;

– des ressortissant-e-s de l'UE, de l'Espace économique européen et de la Suisse (ci-après abrégé en UE / EEE / Suisse) entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

#### **d. Les membres de famille non soumis à une condition de résidence**

→ Les enfants mineurs à la charge d'un assuré social

Un enfant mineur peut être couvert en tant qu'ayant droit d'un assuré social à la seule condition d'être à la charge de cet assuré social (L.160-2 CSS). En général, le fait pour un enfant d'être à la charge d'un assuré social qui réside en France implique le plus souvent que cet enfant vive avec cet assuré social et donc réside lui-même en France. Cependant, aucune disposition législative n'impose une telle condition et un enfant, vivant hors de France, peut être à la charge d'un assuré social et donc ayant droit mineur.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, une disposition réglementaire rappelait d'ailleurs que la condition de résidence des ayants droit mineurs devait être écartée « *pour le service des prestations en nature des assurances maladie et maternité* » (ancien article R.115-6 du CSS). Depuis la réforme Puma, cette exemption a toutefois été limitée, par voie réglementaire, aux seuls « *cas prévus par les conventions internationales et les règlements européens* » (CSS, art. R.111-2).

→ Les autres membres de familles

Les membres de la famille à la charge d'une ou d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France peuvent bénéficier d'une prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen (CSS, art. L.160-4 2°). Il s'agit surtout de membres de famille d'une ou d'un assuré exerçant une activité professionnelle en France, mais il peut aussi s'agir de membres de famille d'une personne ayant exercé mais n'exerçant plus d'activité professionnelle en France. Il convient de vérifier si le texte international pertinent prévoit une telle possibilité de prise en charge de membres de famille ne résidant pas en France<sup>(18)</sup>.

### **3. Les pensionnés d'un régime français (retraite, réversion, invalidité ou accidents du travail-maladies professionnelles) ne résidant pas en France (L.160-3 CSS)**

#### **a. Le principe : la prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires en France**

Une nouvelle disposition issue de la réforme Puma prévoit la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France pour des personnes ne résidant

<sup>(18)</sup> Voir La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux, *Gisti @ Comede, coll. Les Cahiers juridiques*, 3<sup>e</sup> édition, février 2016, ainsi que la page « *textes internationaux* » sur le site du Gisti via les pages « *Le droit* » / « *Réglementation* » / « *Protection sociale* ».

pas en France et n'y exerçant pas d'activité professionnelle, mais bénéficiant de pensions, rentes ou allocations de retraite, d'invalidité ou d'accident du travail-maladie professionnelle servies par un organisme français (CSS, art. L.160-3).

Il doit s'agir d'une des pensions, rentes ou allocations suivantes :

- pension ou rente de vieillesse ou pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;
- rente ou allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP) applicables aux professions non agricoles ;

**Remarque :** *les bénéficiaires d'une rente AT-MP servie par le régime agricole sont exclus.*

- pension d'invalidité ou pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;
- aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants (prévue à l'article L. 117-3 du Code de l'action sociale et des familles).

Toutefois, en cas de perception concomitante d'une pension étrangère, les conventions bilatérales de sécurité sociale et les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale peuvent faire prévaloir la compétence de l'État étranger pour la prise en charge de frais de soins reçus en France. Les règles de détermination du pays responsable de cette prise en charge sont complexes et il convient de vérifier selon les textes internationaux applicables<sup>(19)</sup>. En général et sauf cas particuliers, en cas de pluralité de pensions (française et étrangère), la prise en charge des frais de santé par le système français lors d'un séjour temporaire en France ne pourra pas prévaloir si la durée d'assurance sous la législation étrangère pour le calcul de la pension de retraite du régime étranger a été plus importante que la durée d'assurance pour la pension de retraite du régime français<sup>(20)</sup>.

**Remarque :** *cette disposition ne permet pas l'accès à la complémentaire-CMU (CMU-C) mais peut permettre, en cas de reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD), une prise en charge à 100 % des frais de soins liés à cette affection.*

## b. La pratique : des incertitudes

En l'absence d'instructions connues, les modalités pratiques de cette possibilité de prise en charge sont toutefois encore très incertaines :

(19) Il existe une quarantaine de conventions bilatérales de sécurité sociale et les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale couvrent une trentaine de pays. Sur ces textes internationaux, voir La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux, Gisti & Comede, coll. Les Cahiers juridiques, 3<sup>e</sup> édition, février 2016, ainsi que la page « textes internationaux » sur le site du Gisti via les pages « Le droit »/« Réglementation »/« Protection sociale ».

(20) Voir en ce sens une réponse ministérielle approximative : réponse - JO du 19/04/2016 – question parlementaire n° 91750 du 08/12/2015.

– l'accès au tiers payant et/ou à une carte Vitale: selon le site Ameli, il semble que ne pourront utiliser leur carte Vitale que les personnes l'ayant conservée<sup>(21)</sup>, ce qui pourrait signifier qu'aucune carte Vitale ne serait attribuée pour les autres, et qu'elles pourraient devoir avancer les frais et en demander ensuite le remboursement<sup>(22)</sup> ;

– la régularité du séjour: si une telle condition était exigée, elle ne pourrait, dans tous les cas, être la même que celle exigée des personnes étrangères résidant en France (voir II. C. ci-après) puisque, ici, il s'agit de personnes non-résidentes et en séjour temporaire, avec ou sans visa. De même, aucune condition d'ancienneté de présence en France ne peut leur être opposée.

En l'absence d'instructions rendues publiques, les pratiques observées des caisses depuis la mise en œuvre de cette nouvelle disposition apparaissent très aléatoires :

– certaines renvoient systématiquement et à tort vers la caisse du pays d'origine (ignorant totalement la disposition prévue à l'article L. 160-3 du CSS) ;

– certaines renvoient vers le Centre national des retraités du régime français de l'étranger (Cnarefe) via une demande à effectuer en ligne (site [www.ameli.rfe.fr](http://www.ameli.rfe.fr)). Cette démarche permet l'ouverture des droits, mais semble réservée aux personnes de nationalité française ce qui constitue une discrimination<sup>(23)</sup> ;

– certaines ne permettent une prise en charge qu'aux seuls retraités disposant d'une carte de séjour mention « retraité » et refusent cette prise en charge à d'autres personnes pourtant éligibles (sous visa ou non).

Un tel dispositif consistant à prévoir une prise en charge spécifique lors de séjours temporaires pour des personnes non résidentes n'est pas sans risque: celui de les enfermer ensuite dans un « statut » de personnes non résidentes qui peut leur être préjudiciable lorsqu'elles deviennent de fait résidentes en France, en entravant leur accès aux dispositifs de protection maladie plus pérennes destinés aux personnes résidant en France (prise en charge par l'assurance maladie et complémentaire-CMU, aide médicale d'État, dispositif soins urgents et vitaux).

## B. La condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois (CSS, art. D. 160-2)

La personne doit être présente sur le territoire français depuis plus de 3 mois. Cette exigence connaît de nombreuses exceptions.

(21) Voir en ce sens le formulaire Cerfa n° 15717\*01 « Déclaration de transfert de résidence hors de France ».

(22) « Vous retrouvez l'intégralité de vos droits à l'assurance maladie. Pour cela, vous devez vous adresser soit à la caisse d'assurance maladie à laquelle vous étiez affilié en dernier lieu en France, soit auprès de celle du département où se situe votre caisse de retraite. À défaut, vous pouvez vous adresser à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de séjour. Vous bénéficiez de la prise en charge de vos soins médicaux selon la législation et les formalités en vigueur ; vous pouvez également utiliser votre carte Vitale si vous avez choisi de ne pas la restituer lors de votre départ. Si vous faites l'avance des frais médicaux, demandez leur remboursement à la caisse d'assurance maladie désignée selon les modalités ci-dessus. »

(23) Une telle différence de traitement est confirmée par des instructions (non publiées) de la Cnamts.

## 1. Les ambiguïtés de l'expression « stabilité de la résidence »

Le code de la sécurité sociale vise l'expression « stabilité de la résidence » dans des acceptions différentes.

D'une part, aux articles L. 111-1, L. 111-2-3, L. 111, L. 160-5, L. 160-6, le terme désigne la « résidence (habituelle) en France » (dans le sens développé au point II. A. 2). Les articles R.111-2 et R.114-10-1 sont spécifiquement dédiés à la définition de cette condition de résidence sur le territoire et à son contrôle pour les personnes déjà assurées sociales depuis longtemps.

D'autre part, la formulation de l'article D. 160-2<sup>(24)</sup> laisse croire à tort que l'expression est synonyme de condition d'ancienneté de présence en France de plus de 3 mois à la date d'entrée dans le droit.

Dans cette note, nous utiliserons le terme « ancienneté de présence » qui est plus précis et non pas les termes « stabilité de la résidence » qui induisent de la confusion avec la condition de « résidence en France ».

## 2. Le principe de la condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois

Si elle n'a pas d'activité professionnelle, la personne, française ou étrangère, nouvellement arrivée en France (et qui s'installe en France, voir II. A. 2.) et qui y réside légalement (voir II. C.) n'est pas éligible immédiatement à la « prise en charge des frais de santé » (sans ou avec paiement de cotisation). Elle se voit opposer un délai de carence de 3 mois, sauf exceptions (voir 3. ci-après).

À l'occasion d'une première demande de prise en charge des frais de santé sur critère de résidence stable et régulière, cette condition est réputée acquise après trois mois de présence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas (voir 3. ci-après).

**Remarque:** *en pratique, les personnes « doivent produire un justificatif démontrant qu'elles résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois » (CSS, art. D.160-2). Pour attester de cette résidence ininterrompue de plus de trois mois, le formulaire Cerfa n° 15763\*01 indique que la personne peut fournir « toute pièce [le] justifiant ».*

*Selon ce formulaire, ce peut être :*

« – Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone successives, factures d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité...

– Si vous êtes hébergé par un particulier : une attestation sur l'honneur, rédigée par cette personne, précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé, accompagnée de quittances de loyer ou de factures d'énergie successives établies à son nom pour les trois derniers mois.

(24) CSS, art. D. 160-2, II : « La condition de stabilité de la résidence est également satisfaite, sans délai [...] »

- Si vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un certificat d'hébergement pour les trois derniers mois établi par ce centre.
- Si vous n'avez pas d'adresse personnelle et avez élu domicile auprès d'un organisme agréé, une attestation de domiciliation établie par cet organisme et couvrant plus de trois mois. »

### 3. Les exceptions à l'exigence d'un justificatif d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois

#### a. Les personnes ouvrant les droits sur critère d'activité professionnelle

La condition d'ancienneté de présence ne s'applique que pour l'ouverture des droits à une prise en charge des frais de santé sur critère de résidence et non pour une ouverture des droits sur critère d'activité professionnelle (voir II. A. 1).

**Attention !** Pour les personnes exerçant une activité professionnelle, une condition d'ancienneté de présence de plus de 3 mois est néanmoins exigée pour pouvoir bénéficier de la complémentaire-CMU (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Cette condition pour la CMU-C ou l'ACS est examinée dans les mêmes conditions que pour l'ouverture des droits sur critères de résidence (incluant les mêmes exceptions que celles prévues à l'article D.160-2 du CSS et détaillées ci-après) mais il est également possible de remplir cette condition, sans avoir à justifier d'une présence de plus de 3 mois, en produisant un justificatif d'exercice d'une activité professionnelle devant excéder une durée de trois mois, une inscription à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à trois mois, ou encore un justificatif de perception d'une prestation chômage (CSS, art. R.861-1 II).

#### b. Les personnes prévues par l'article D.160-2 du CSS

L'article D.160-2 liste des cas de figure dans lesquelles un justificatif de présence ininterrompue de plus de trois mois ne peut être exigé :

- les bénéficiaires de certaines prestations sociales : prestations familiales, aides au logement, allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), allocation supplémentaire, prestations d'aide sociale à l'enfance, aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux personnes handicapées, revenu de solidarité active (RSA), allocation aux adultes handicapés (AAH), aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants (code de l'action sociale et des familles, art. L. 117-3) ;

**Remarque :** *la condition d'ancienneté de présence de plus de 3 mois ne peut pas non plus être opposée aux titulaires de pensions, rentes ou allocations de retraite, de réversion, d'invalidité ou d'accident du travail-maladie professionnelle servies par un organisme français, qui ne résident pas en France, pour la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France, telle que prévue par l'article L.160-3 CSS (voir II. A. 3).*

- les réfugiés et les bénéficiaires de la protection subsidiaire ;

**Remarque:** *les apatrides statutaires ne sont pas prévus parmi les exceptions (la condition d'ancienneté de présence de trois mois leur est applicable).*

- les demandeurs d'asile ;
- les étudiant-e-s (plus précisément, toute personne inscrite dans un établissement d'enseignement ou personne venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique).
- Les personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger ;
- les membres de la famille rejoignant ou accompagnant pour s'installer en France un assuré social (conjoints de Français, membres de famille venus dans le cadre du regroupement familial, autres...).

**Remarque:** *il s'agit des membres de famille au sens de l'article L.161-1 du CSS :*

- *la ou le conjoint de l'assuré-e social-e, son concubin ou sa concubine, ou son partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) ;*
- *les enfants mineurs à charge et également, jusqu'à 20 ans (CSS, art. R.161-4), les enfants majeurs qui poursuivent leurs études ou qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié.*
- *l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré-e social-e, qui vit à son domicile et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré-e social-e (CSS, art. R.161-5) ;*
- *les mineurs et majeurs de moins de 21 ans pris en charge dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux en particulier ceux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou les établissements ou services sociaux et médico-sociaux mettant en œuvre les mesures d'assistance éducative relatives à l'enfance délinquante, prises en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 (protection judiciaire de la jeunesse).*

**Remarque:** *l'exigence de régularité du séjour (voir II. C.) est susceptible de neutraliser la dispense de délai d'ancienneté de présence de trois mois dans les hypothèses suivantes<sup>(25)</sup> :*

- *Le demandeur d'asile ne peut en pratique obtenir l'ouverture des droits immédiatement après son entrée sur le territoire, mais seulement après plusieurs semaines ou plusieurs mois. En effet, il doit, pour justifier de la régularité de son séjour, produire un titre de séjour dénommé « attestation de demande d'asile » (voir II. C, p. 19). Or cette attestation n'est obtenue qu'au terme d'une première convocation en préfecture fixée elle-même après un premier rendez-vous dans une plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (Pada), soit en pratique plusieurs semaines après la demande d'asile. L'exemption de l'exigence d'une ancienneté de 3 mois de présence (CSS, art. D. 160-2) s'avère alors*

(25) Dans ces hypothèses, il est indispensable que des instructions nationales rétablissent l'application et l'effet utile des textes internationaux, des dispositions légales et des dispositions réglementaires de l'article D.160-2 du CSS (à valeur juridique supérieure) qui sont incompatibles avec certaines des dispositions (à valeur juridique inférieure) de l'arrêté du 10 mai 2017.

de peu d'utilité puisque les demandeurs d'asile vont être exclus des droits à l'assurance maladie dans l'attente de l'obtention de cette attestation de demande d'asile. L'absence de droits à l'assurance maladie dès le début des démarches de la demande d'asile est contestable au regard du droit de l'Union européenne. L'article 17 de la directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale exige que les personnes bénéficient de soins de santé dès qu'elles présentent leur demande de protection internationale, et la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a jugé qu'une demande de protection internationale est réputée introduite dès que l'autorité compétente est informée, par un document écrit, établi même sommairement, de l'intention d'une personne de solliciter le bénéfice d'une protection internationale (CJUE, 26 juillet 2017, Tsegezab Mengesteab, aff. C-670/16). En conséquence, un demandeur d'asile dès sa réception à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (Pada) devrait pouvoir bénéficier de l'assurance maladie de par sa qualité demandeur d'asile et sans attendre la délivrance ultérieure de l'« attestation de demande d'asile »<sup>(26)</sup>.

– L'étudiant-e, ou le membre de famille (non UE / EEE / Suisse) rejoignant ou accompagnant une ou un assuré social, ne peut pas non plus obtenir immédiatement l'ouverture de ses droits. Pour justifier de la régularité de son séjour, il ou elle doit produire un visa de long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) mais aussi avoir accompli des démarches auprès de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), formalisées par l'apposition d'une vignette et d'un cachet dans le passeport (voir II. C. p. 19). Or, souvent, ces démarches ne peuvent pas être réalisées avant plusieurs semaines, ce qui retarde d'autant la possibilité d'ouvrir des droits (voir II. C. p. 19). Pire, celles et ceux venant s'installer légalement en France sans détenir de VLS-TS (soit conformément aux textes en vigueur, notamment pour les Algérien-ne-s, soit en raison de pratiques consulaires contraires aux textes) mais légalement munis d'un autre visa de long séjour (visa D) ou d'un visa C de court séjour (Algérien-ne-s), ne peuvent pas non plus ouvrir sans délai des droits à l'assurance maladie. Elles et ils doivent en pratique attendre que la préfecture leur délivre un autre document de séjour et que celui-ci soit conforme à ceux exigés par la liste de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017 pour justifier de la régularité de leur séjour (voir II. C. p. 19).

### **Remarque: les personnes de nationalité française**

Aucun texte ne dispense les ressortissant-e-s français-es arrivant en France pour s'y installer (sans activité professionnelle, ni protection maladie « importable » au titre d'un mécanisme de coordination internationale) du délai de carence de trois mois d'ancienneté de présence sur le territoire. La Cnamts avait ouvert la possibilité d'une dispense sur simple déclaration sur l'honneur de l'intention de la personne de s'installer en France (Lettre au réseau LR/DDGOS/24/2006 du 2 février 2006). Bien que le gouvernement ait fait savoir dans une réponse à l'Assemblée des Français de l'étranger qu'une telle dérogation

(26) Cette situation, qui constitue une dérogation à l'exigence d'un document de séjour figurant dans la liste de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017, est d'ailleurs officiellement prévue par les autorités pour les demandeurs d'asile bénéficiant du programme européen de relocalisation (Cnamts, Lettre au réseau LR-DDGOS-56/2017 du 10/07/2017). Selon nos associations, cette dérogation doit être étendue à l'ensemble des demandeurs d'asile.

*n'était pas prévue (10 mai 2010), des instructions de la Cnamts préconisent toujours une telle possibilité<sup>(27)</sup>.*

### c. Les ayants droit mineurs à la charge d'un assuré social

Les mineurs à charge d'une ou d'un assuré social rentrent dans la catégorie des « *membres de la famille rejoignant ou accompagnant pour s'installer en France un assuré social* » pour lesquels un justificatif de présence ininterrompue de plus de trois mois n'est pas exigible (voir b. ci-dessus). En toute hypothèse, le Conseil d'État, s'agissant de la condition identique qui s'appliquait avant la réforme Puma pour une prise en charge en tant qu'ayant droit d'un assuré sur critère de résidence (généralement appelée « CMU de base ») a également indiqué qu'une telle condition ne pouvait pas être opposée à cet ayant droit mineur<sup>(28)</sup>.

### d. Les personnes précédemment couvertes par un autre État membre de l'UE / EEE / Suisse

Les personnes précédemment assurées dans un autre État membre de l'UE / EEE / Suisse doivent également être exemptées de la condition d'antériorité de présence de 3 mois si elles peuvent justifier d'une période antérieure d'assurance de 3 mois dans cet autre État membre. Les périodes « *accomplies sous la législation de tout autre État membre* » (art. 6 du Règlement de base de coordination des systèmes de sécurité sociale dans l'Espace économique européen) passées dans un autre État membre de l'UE / EEE / Suisse doivent en effet être prises en compte à égalité avec celles passées en France en vertu du principe, dit « *d'équivalence des situations* » (art. 5 et 6 du Règlement de base) ou d'assimilation des faits et des événements, par lequel les faits qui se sont déroulés dans un autre État membre sont assimilés à des faits se déroulant dans l'État membre d'accueil. Les périodes de résidence doivent en conséquence être prises en compte pour le calcul de la période d'antériorité de présence de 3 mois. Ce principe est d'ailleurs rappelé par la circulaire DSS/DACI/2010/461 du 27 décembre 2010 (voir annexe 1) qui indique que « *Les CPAM doivent donc, s'il y a lieu, ajouter aux périodes de résidence en France les périodes de résidence accomplies dans tout autre État membre au cours de la période de référence de trois mois, pour autant seulement que ces périodes correspondent à des périodes d'assurance maladie ou assimilées dans ce dernier État ou à des périodes pendant lesquelles l'intéressé pouvait y bénéficier des prestations maladie* ».

## C. La condition de régularité du séjour

La prise en charge des frais de santé est conditionnée, pour les personnes étrangères, à la régularité de leur séjour en France (CSS, art. L. 111-1, L. 160-1, L. 160-5, R. 111-3).

(27) « *Foire aux questions Puma* », Cnamts, mise à jour 18 mai 2017.

(28) « *Si les ayants droit majeurs d'une personne affiliée au régime général de la sécurité sociale au titre de l'article L. 380-1 [ancien article pour l'affiliation sur critère de résidence] sont [...] soumis à la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois, il n'en est pas de même des ayants droit mineurs, qui sont dispensés de cette condition.* » (Conseil d'État, 23 décembre 2010, n° 335738).

**Remarque:** « La condition de régularité du séjour des personnes est appréciée au jour de la demande [...], y compris lorsque cette demande est instruite postérieurement à la date de fin de validité du document présenté pour attester cette régularité » (CSS, art. R. 111-3 II.). *Cela signifie que, même avec un document court et précaire comme une autorisation provisoire de séjour, les droits doivent être ouverts à la date de la demande initiale quand bien même la personne ne pourrait plus justifier d'un document ou titre en cours de validité au jour de l'instruction, les droits ne pouvant ensuite être fermés avant un délai d'au moins 12 mois à compter de la date d'échéance du document fourni pour l'ouverture des droits (sur le mécanisme de prolongation des droits, voir II. 3. a, p. 29).*

La condition de régularité du séjour pour la prise en charge des frais de santé est appréciée différemment pour les citoyennes et citoyens européens et pour les autres.

## 1. Les personnes ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse<sup>(29)</sup>

La régularité de séjour est également exigée des citoyennes et citoyens UE / EEE / Suisse<sup>(30)</sup>. Ces personnes ne sont pas tenues de détenir un titre de séjour et, si elles n'en détiennent pas, la justification de leur droit au séjour peut s'effectuer par tout moyen.

Celles qui exercent légalement une activité professionnelle disposent d'un droit au séjour assorti de l'égalité de traitement avec les ressortissants français et elles n'ont en principe aucun problème dès lors qu'elles remplissent le formulaire Cerfa n° 15763\*01 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » et que, comme indiqué dans ce formulaire, elles y joignent « *une photocopie de toutes pièces justifiant de cette situation [d'exercice d'une activité professionnelle], par exemple [leur] contrat de travail ou un bulletin de paie* ».

Pour celles qui n'exercent pas d'activité professionnelle, la caisse leur demande de remplir un autre formulaire Cnamts n° 710 intitulé « Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs » qui sera ensuite examiné par la CPAM du Gard (service dit « CREIC »). Attention : ce questionnaire est une machine à exclure ; il tend à orienter de façon excessive les demandeurs n'exerçant pas d'activité professionnelle vers la catégorie d'« inactifs », la seule pour laquelle une condition de ressource et une condition de couverture sociale sont exigées, ce qui conduit la plupart du temps à des refus. Ces refus touchent en effet des personnes ne travaillant pas mais n'ayant pas pour autant à remplir ces deux conditions pour justifier d'un droit au séjour : anciens travailleurs ayant conservé la qualité de travailleur, membres ou ex-membres de famille d'un citoyen UE / EEE / Suisse qui dispose lui-même d'un droit au séjour, titulaires d'un titre ou document de séjour délivré par la France, res-

(29) Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

(30) La ou le ressortissant UE / EEE / Suisse entré en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintient à ce titre, bien qu'en situation régulière sur le territoire français, est néanmoins exclu de la prise en charge des frais de santé (CSS, art. L.160-6 6°).

sortissants disposant d'un droit au séjour permanent... Dans de tels cas, il convient d'expliquer la situation, séparément du formulaire, et de joindre les justificatifs attestant que la personne réside régulièrement en France<sup>(31)</sup>.

**Remarque:** *le dispositif de prolongation des droits pendant 12 mois à l'expiration du droit au séjour ne s'applique pas aux citoyennes et citoyens UE / EEE / Suisse (voir ci-dessous sur ce dispositif réservé aux ressortissant.e.s non UE / EEE / Suisse).*

## 2. Les personnes non ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de Suisse

Elles doivent justifier d'un des titres ou documents de séjour prévus dans l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévue au I de l'article R. 111-3 du CSS. Cette liste ne se limite pas à la régularité du séjour pour la prise en charge des frais de santé: de nombreuses autres prestations de sécurité sociale sont concernées (voir encadré).

### Remarques:

- les instructions demandent aux caisses de « vérifier systématiquement [...] l'authenticité des titres de séjours [présentés] dans le fichier Agdref » (*fichier des préfectures*)<sup>(32)</sup> ;
- cette liste, comme le rappelle une instruction de la Cnamts<sup>(33)</sup>, n'est pas exhaustive et d'autres documents peuvent être acceptés (par exemple, le titre de séjour spécial délivré par le ministère des affaires étrangères, voir ci-après).

### **Une liste de titres et documents de séjour valable pour l'accès à d'autres prestations de sécurité sociale**

L'arrêté du 10 mai 2017 fixe la liste des titres prévus pour justifier de la régularité du séjour pour plusieurs autres dispositions figurant au code de la sécurité sociale (CSS, art. R. 111-3).

- L'accès à certains droits non contributifs :
- prise en charge des frais de santé (CSS, art. L. 160-1) ;
- allocation veuvage (CSS, art. L. 356-1) ;
- allocation de solidarité aux personnes âgées (CSS, art. L. 815-1) ;
- allocation supplémentaire d'invalidité (CSS, art. L. 815-24) ;
- couverture maladie universelle complémentaire (CSS, art. L. 861-1) ;

(31) Pour apprécier la régularité du séjour en lien avec l'accès aux droits sociaux, se reporter à la note régulièrement mise à jour « Tableau 9 "situations" d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union et des membres de leur famille » et d'autres ressources sur le sujet, sur le site du Gisti : [www.gisti.org/spip.php?article2412](http://www.gisti.org/spip.php?article2412) ou via les pages « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale » / « Citoyens de l'UE »).

(32) Référentiel de contrôle du 22 mars 2017 établi par l'Uncam et relatif à la prise en charge des frais de santé (Bulletin officiel Santé-protection sociale-solidarité n° 2017/4, 15 mai 2017).

(33) Lettre réseau Cnamts LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017 sur la régularité du séjour.

– aide au paiement d'une complémentaire santé (CSS, art. L. 863-1).

L'affiliation aux assurances sociales des régimes obligatoires de sécurité sociale, c'est-à-dire les prestations en espèces liées aux risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité et de paternité : indemnités journalières maladie, maternité et paternité ; pensions d'invalidité ; pensions d'assurance vieillesse (retraite de base de la sécurité sociale, etc.).

Au moins deux prestations conditionnées à la régularité du séjour et figurant dans le CSS ne sont pas concernées par l'arrêté du 10 mai 2017 :

- les prestations familiales : la régularité du séjour prévue à l'article L. 512-2 du CSS est précisée par la liste de titres et documents figurant à l'article D. 512-1 du CSS ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) : la régularité du séjour prévue à l'article L. 812-1 du CSS est précisée par l'article D. 821-8 du CSS [au moment de la rédaction de cette note, cet article D. 821-8 renvoie, pour la détermination des pièces acceptées, à un article D. 115-1 du CSS qui a été abrogé le 6 mai 2017].

Selon l'arrêté, permettent d'ouvrir droit à la prise en charge des frais de santé les documents ou titres suivants (correspondant aux 20 titres ou documents figurant à l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017) :

### **a. Les titres ou cartes de séjours ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé**

(1 à 10, 12 et 13, article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

- carte de résident ;
- carte de résident portant la mention « résident de longue durée - UE » ;
- carte de résident permanent ;
- carte de séjour pluriannuelle ;
- carte de séjour portant la mention « compétences et talents » ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- carte de séjour portant la mention « retraité » ;
- carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union/EEE/Suisse - toutes activités professionnelles » ;
- carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union - toutes activités professionnelles, sauf salariées » ;
- carte de séjour portant la mention : « Directive 2004-38/CE - Séjour permanent - toutes activités professionnelles » ;
- titre de séjour délivré à un ressortissant andorran ou à un membre de sa famille ressortissant de pays tiers mentionnant la convention signée le 4 décembre 2000 entre la République française, le Royaume d'Espagne et la principauté d'Andorre relative à l'entrée, à la circulation, au séjour et à l'établissement de leurs ressortissants.

**Remarque :** figurent dans cette liste : toutes les catégories de carte de séjour temporaire, sans aucune exception ; la carte de séjour portant la mention « retraité »<sup>(34)</sup>.

**Remarque :** le « titre de séjour spécial » ou « carte spéciale délivrée par le ministère des affaires étrangères » ne figure pas dans la liste. Cette carte dite « spéciale » est délivrée à la discrétion du ministère des affaires étrangères et est en général réservée au personnel diplomatique et consulaire (et à leurs conjoint.e-s et enfants). Elle est le plus souvent d'une durée de trois ans. La majorité des titulaires de cette carte sont, avant comme après la réforme Puma, expressément exclus de l'assurance maladie sur critère de résidence en France par l'article L. 160-6 1° du CSS : il s'agit des « membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ». En revanche, lorsque ces personnes ne font pas partie du personnel diplomatique et consulaire au sens strict et ne sont pas fonctionnaires d'un État étranger ou personnes assimilées, mais lorsqu'elles sont titulaires d'un contrat de travail de droit privé (de droit français) et employées au service des consulats et ambassades étrangères (généralement dans le personnel de service), elles doivent être affiliées à l'assurance maladie en qualité de travailleur (CSS, art. L. 160-1). Il convient de distinguer le cas de l'emploi au sein de l'ambassade du cas de l'emploi au service personnel d'un membre de l'ambassade.

(1) Avant la réforme Puma, le ministère et la Cnamts ne faisaient déjà pas obstacle à l'affiliation à l'assurance maladie en qualité de travailleur des personnes (non diplomates et non fonctionnaires) titulaires d'un titre de séjour spécial pour lesquelles leur emploi déclaré donne lieu à paiement de cotisation Urssaf<sup>(35)</sup>. La Lettre au réseau Cnamts du 28 juillet 2017 préconise d'ailleurs toujours que « Le personnel local employé au sein d'une mission diplomatique ou d'un poste consulaire étranger en France est rattaché au régime français de sécurité sociale, sous réserve de Conventions bilatérales de sécurité sociale, des accords de siège ou des modalités spécifiques d'option, concernant les missions européennes et celles de l'EEE. »

(2) Toutefois, cette instruction exclut de cette possibilité les personnes employées et rémunérées personnellement par des diplomates, c'est-à-dire occupant des emplois de services à la personne, et non des emplois au service de l'ambassade ou du consulat : « Le personnel privé employé et rémunéré personnellement par des diplomates ou des fonctionnaires consulaires en possession de titres de séjour spéciaux ne relèvent pas du régime général ». Cette exclusion semble contestable.

(2.1) Elle semble contraire au droit dès lors que l'emploi donne lieu à versement de cotisations Urssaf, qu'il s'agisse d'un contrat de travail de droit français, ou encore d'un contrat de travail étranger faisant l'objet de versements de cotisations en France (par exemple dans le cadre d'un détachement).

(2.2) Elle semble illogique pour les autres personnes, celles employées et rémunérées

(34) La prise en compte de cette carte permet de se conformer à la jurisprudence de la Cour de cassation. En outre, il semble que des instructions internes demandent intelligemment aux caisses de ne pas contrôler la régularité du séjour des retraités du régime général, le titre de pension devant suffire à présumer la régularité du séjour.

(35) Circulaire DSS n° 2000-239 du 3 mai 2000 (« situations particulières »), note interne de la direction de la Sécurité sociale du 17 janvier 2005 et Lettre réseau de la Cnamts, n° LR-DRL-20/2005.

personnellement par des diplomates, avec un contrat de travail de droit étranger (voire sans aucun contrat de travail) ne donnant pas lieu à versement de cotisations en France. La Lettre au réseau Cnamts du 28 juillet 2017 les exclut de la prise en charge, probablement par analogie avec l'exclusion des travailleurs détachés résidant en France mais dont l'emploi ne donne pas lieu à versement de cotisations en France (dans le cadre des exemptions à de tels versements prévues par les conventions bilatérales de sécurité sociale ou les règlements européens). Dans cette situation, leur rattachement sur critère de résidence en France à l'assurance maladie est pourtant logique (avec éventuel paiement par l'assuré de la cotisation ad hoc prévue à l'article L. 380-2 du CSS). Ces personnes titulaires d'un titre de séjour spécial résident en effet de façon stable et régulière, dès lors qu'elles peuvent attester de leur résidence habituelle en France (si possible par une résidence fiscale attestée par la déclaration d'imposition sur le revenu). Alors qu'avant la réforme Puma, le ministère et la Cnamts préconisaient leur prise en charge et déconseillaient de renvoyer ces personnes vers une assurance santé privée<sup>(36)</sup>, la Cnamts semble désormais encourager cette démarche : « Les diplomates et les consulaires assimilés employant du personnel privé doivent souscrire en leur faveur une assurance privée valable pour la durée de leur contrat de travail. »

### **Le cas des ressortissants d'États tiers membres de famille d'un citoyen l'UE, de l'EEE ou de Suisse résidant en situation régulière**

L'arrêté inclut trois titres de séjour concernant des ressortissant-e-s d'États tiers à l'UE / EEE / Suisse ayant acquis un droit au séjour en qualité de membres de famille de citoyen-ne UE / EEE / Suisse, mais l'arrêté n'indique pas que, pour ces personnes étrangères, la production d'un titre de séjour n'est pas obligatoire et sous-entend même le contraire.

Les caisses, comme c'est déjà la pratique et en raison de l'absence d'instructions nationales contraires (voir la Lettre réseau Cnamts LR-DDGOS-7/2012 du 10 janvier 2012), risquent donc de continuer d'exiger des ressortissant-e-s d'États tiers membres de famille des citoyen-ne-s UE / EEE / Suisse (et ayant un droit au séjour à ce titre) la justification d'une carte de séjour pour ouvrir les droits à l'assurance maladie, ce qui est pourtant contraire au droit de l'UE (tel que transposé, en outre, dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [Ceseda]).

Exactement comme pour les membres de famille de citoyen-ne-s de l'UE (Ceseda, art. R.121-10 à R.121-13), les membres de famille ressortissant-e-s d'États tiers bénéficiant d'un droit au séjour peuvent en effet faire valoir leurs droits sans avoir à justifier d'un titre de séjour.

« La reconnaissance de leur droit de séjour [= celui des membres de famille ressortissant-e-s d'un État tiers] n'est pas subordonnée à la détention du titre de séjour ni à celle du récépissé de demande de titre de séjour » (art. R. 121-14, al. 3 du Ceseda s'agissant des conjoints, ascendants et descendants directs, art. R. 121-14-1 combiné aux art. R. 121-2-1 et R. 121-4-1 du Ceseda, s'agissant des membres de famille dite élargie; voir également l'annexe 3 de la circulaire du ministère de l'intérieur NOR: IOCL1130031C du 21 novembre 2011).

(36) *Ibid.*

*Cette disposition est la transposition de l'article 25 de la directive 2004/38 (« la possession d'une attestation d'enregistrement [...], d'un document attestant l'introduction d'une demande de carte de séjour [...] ou d'une carte de séjour [...] ne peut en aucun cas constituer une condition préalable à l'exercice d'un droit ou l'accomplissement d'une formalité administrative, la qualité de bénéficiaire des droits pouvant être attestée par tout autre moyen de preuve ») qui, lui-même, a repris la jurisprudence de la Cour de justice de Luxembourg<sup>(37)</sup>.*

*S'il a la nationalité d'un pays tiers, le membre de famille reste certes soumis, du point de vue des règles de police, à l'obligation de détenir un titre de séjour (qui doit lui être délivré rapidement) au-delà de 3 mois de résidence en France, mais la reconnaissance de ce droit au séjour, et donc son accès aux droits sociaux, ne peut être subordonnée à la détention préalable de ce titre de séjour ou d'un récépissé de demande de titre (Ceseda, art. R. 121-14 et R. 121-14-1).*

*Ainsi lorsqu'une caisse, par méconnaissance de ces dispositions et en raison de la rédaction de l'arrêté du 10 mai 2017, exige la production d'un titre de séjour et refuse la prise en charge des frais de santé à un tel ressortissant apportant les justificatifs de sa situation, il convient de lui rappeler le droit applicable et, le cas échéant, de contester l'éventuel refus.*

## **b. Le visa de long séjour valant titre de séjour comportant la vignette et le cachet dateur de l'Ofii**

(11 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

Il s'agit des visas de long séjour valant titres de séjour (VLS-TS) prévus à l'article L. 311-1 2° du Ceseda. L'arrêté ministériel s'en tient aux titulaires de VLS-TS qui ont effectué les démarches à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) (« dès lors qu'il a fait l'objet de la procédure prévue au 17<sup>e</sup> alinéa de l'article R. 311-3 » du Ceseda). En pratique, la personne étrangère doit avoir adressé un courrier et diverses pièces à l'Ofii dès son arrivée en France puis attendre d'être convoquée par l'Ofii à un rendez-vous, à l'issue duquel elle devra recevoir une vignette et un cachet dateur apposés dans son passeport<sup>(38)</sup>. Sont concernés par ces démarches obligatoires, les titulaires de VLS-TS portant les mentions « vie privée et familiale » (conjointes ou conjoints de ressortissants français ou étrangers), « visiteur », « étudiant », « salarié », « travailleur temporaire », « passeport talent », « stagiaire », « stagiaire ICT », « stagiaire ICT (famille) », « entrepreneur/profession libérale ».

Ces démarches sont de nature à retarder l'ouverture des droits à l'assurance maladie des personnes étrangères ayant un VLS-TS puisqu'elles font dépendre l'ouverture de ces droits de la charge de travail et des délais de l'Ofii, et non pas des diligences de la personne concernée.

(37) « La délivrance d'un titre de séjour à un ressortissant d'un État membre doit être considérée non comme un acte constitutif de droits, mais comme un acte destiné à constater, de la part d'un État membre, la situation individuelle d'un ressortissant d'un autre État membre au regard des dispositions du droit communautaire [devenu droit de l'Union] » (CJCE, 8 avril. 1976, Royer, aff. 48/75 : Rec. CJCE 1976, p. 497, point 33 et CJCE, 25 juill. 2002, Mrax, aff. C-459/99 : Rec. CJCE 2002, I, p. 6591, point 74 ; CJUE, 25 juillet 2008, Metock, affaire C-127/08).

(38) Arrêté du 19 mai 2009 relatif aux formalités que doivent accomplir auprès de l'Ofii les titulaires de certaines catégories de visa pour un séjour en France d'une durée supérieure à trois mois : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020665245&dateTexte=20170627](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020665245&dateTexte=20170627)

**Remarques :**

– Cette exigence de passage préalable à l'Ofii limite l'effet utile de l'exemption d'ancienneté de résidence de plus de 3 mois prévue par l'article D. 160-2 du CSS (voir II. B. p. 14) pour les étudiant.e.s et les membres de famille rejoignant une ou un assuré social (conjoint.e.s de Français.es, membres de familles venus dans le cadre du regroupement familial).

– Les Algériennes et les Algériens sont exclus car ils ne peuvent recevoir de VLS-TS, non prévus par les accords franco-algériens, et reçoivent, pour s'installer en France, un autre visa. Par exemple, les conjoint.e.s venant dans le cadre d'un regroupement familial reçoivent un visa C d'une durée de 3 mois et sont donc exclus de la prise en charge des frais de santé tant que la préfecture ne leur a pas délivré un autre document.

– Les personnes étrangères autorisées à venir s'installer en France, à qui les autorités consulaires auraient dû délivrer des VLS-TS mais qui, contrairement aux textes en vigueur dans leur situation, se voient délivrer des visas de long séjour (visa D) les autorisant à s'installer légalement en France<sup>(39)</sup> sont également exclues, et ce, tant que la préfecture ne leur a pas délivré un des documents prévus à l'arrêté du 10 mai 2017, soit souvent plusieurs mois après leur installation en France.

**c. Le récépissé de renouvellement**

(14 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

Les récépissés de renouvellement de tous les titres ou du VLS-TS (voir a. et b.) valent également régularité du séjour pour l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé.

**d. L'attestation de demande d'asile**

(15 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

Les personnes demandant l'asile ne peuvent ouvrir droit à la prise en charge des frais de santé que si elles présentent une attestation de demande d'asile<sup>(40)</sup>.

**Remarques :**

– Avant de se voir délivrer une attestation de demande d'asile, et alors qu'une telle attestation devrait légalement leur être remise dans les 3 jours à compter de leur demande (et au plus tard dans les 10 jours en cas d'afflux massif), un autre document leur est généralement délivré par la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile<sup>(41)</sup> qui établit que la demandeuse ou le demandeur d'asile est convoqué pour l'enregistrement de sa demande auprès de la préfecture. Ce document (convocation) n'a pourtant pas été intégré dans l'arrêté du 10 mai 2017, de sorte que les personnes demandant l'asile se voient privées de couverture maladie dans l'attente de l'obtention de l'attestation de demande d'asile, période pouvant durer plusieurs semaines. Ici encore, cela tend à priver d'effet

(39) Ces visas de long séjour d'une durée maximale d'un an (en général de 2 à 4 mois) sont prévus au 1° de l'article L.311-1 du Ceseda.

(40) La Lettre réseau de la Cnamts LR-DDGOS-56/2017 du 10 juillet 2017 sur les demandeurs d'asile le rappelle et précise que l'attestation de demande d'asile vaut à la fois justificatif d'identité, de régularité du séjour et de stabilité de la résidence.

(41) La plateforme est généralement une personne morale de droit privé à laquelle ont été déléguées les missions mentionnées au 2° alinéa de l'article L. 744-1 du Ceseda dans les conditions mentionnées au même alinéa.

utile l'exemption d'antériorité de résidence de plus de 3 mois sur le territoire (voir II. B. p. 14). Cette privation de droits est contestable au regard du droit de l'UE. L'article 17 de la directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale exige que les personnes bénéficient de soins de santé dès qu'elles présentent leur demande de protection internationale et la CJUE a jugé qu'une demande de protection internationale est réputée introduite dès que l'autorité compétente est informée, par un document écrit établi même sommairement, de l'intention d'une personne de solliciter le bénéfice d'une protection internationale (CJUE, 26 juill. 2017, Tsegezab Mengesteab, aff. C-670/16). En conséquence, un demandeur d'asile dès sa réception à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (Pada) devrait être en droit de bénéficier de l'assurance maladie. Les textes de droit interne actuellement en vigueur en France, et rendant en pratique impossible l'ouverture sans délai des droits, contreviennent à ces exigences.

– La promesse avait été faite en 2015 de rattacher les personnes demandant l'asile automatiquement à la CPAM dès leur passage au guichet unique au moyen d'une « procédure dématérialisée d'ouverture des droits sur critère de résidence et à la CMU-C » (Lettre réseau Cnamts LR-DDGOS-91/2015). Cependant, en juillet 2017, aucun calendrier de mise en œuvre n'était encore envisagé (Lettre réseau Cnamts LR-DDGOS-56/2017 du 10 juillet 2017).

– L'attestation de demande d'asile vaut justificatif d'identité, régularité de séjour et dispense de délai d'ancienneté de présence en France. Cependant, la Cnamts indique de manière abusive que les personnes demandant l'asile ne peuvent plus se voir attribuer de numéro de sécurité sociale définitif (NIR) depuis le 17 juillet 2017 et sont maintenues sous numéro national provisoire (NNP). Elles ne peuvent, en conséquence, plus obtenir de carte Vitale et reçoivent uniquement une attestation de droits sous format papier. L'attribution d'un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) n'est effectuée que pour celles qui ont obtenu une protection internationale (statut de réfugié ou bénéfice de la protection subsidiaire). Sur ce point, voir les développements ci-dessous au III. C. 1. c. p. 29.

### **e. Le récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention « reconnu réfugié » ou la mention « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire »**

(16 et 17 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

Il s'agit des récépissés délivrés respectivement aux personnes reconnues réfugiées, dans l'attente de la fabrication et de l'attribution d'une carte de résident, et aux bénéficiaires de la protection subsidiaire dans l'attente de l'attribution d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale »<sup>(42)</sup>.

### **f. L'autorisation provisoire de séjour**

(18 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

À noter: aucune durée minimale ou autorisation de travail n'est exigible.

(42) La réalité de la mention « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire » est à vérifier, les pratiques actuelles des préfectures faisant plutôt usage de la mention « a obtenu le bénéfice d'une protection internationale ».

### g. Le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour

(19 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

### h. Un document nominatif délivré par la préfecture

(20 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017)

« À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France. »

L'interprétation et la portée de cette catégorie de documents sont encore incertaines. Elle présente néanmoins déjà l'intérêt de pouvoir prendre en compte tous les récépissés de première demande délivrés par les préfectures.

Cependant, bien que la délivrance de tels récépissés soit requise par la loi lors de toute demande de titre de séjour (Ceseda, art. R. 311-4), les préfectures préfèrent délivrer d'autres documents. Ainsi, de nombreux documents aux appellations les plus diverses sont délivrés à l'occasion d'une demande de titre de séjour et ne comportent généralement pas le numéro de l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France (Agdref), aussi appelé « numéro étranger ». Tel est le cas de la plupart des attestations de dépôt, convocations en préfecture, rendez-vous en préfecture, confirmations de rendez-vous, accusés de réception de demande de titre de séjour, attestations d'établissement d'un titre de séjour, courriers attestant que la personne a effectué une première demande de titre de séjour, courriers indiquant « vous avez sollicité l'admission au séjour en France », etc. Tel est le cas également de la notice remise par la préfecture à l'étranger ou l'étrangère demandant un titre de séjour pour soins. Tous ces documents, qui étaient acceptés pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie depuis la réforme CMU de 1999, risquent d'être désormais refusés.

Le projet initial d'arrêté prévoyait que le document devait « comporter le n° Agdref ». Dans le but d'élargir à d'autres documents remis à des personnes étrangères connues de la préfecture et enregistrées dans le fichier Agdref mais ne comportant pas le n° Agdref, l'arrêté du 10 mai 2017 fait référence à tout document « permettant d'attester que la personne est enregistrée dans [le fichier Agdref] ». Cette formulation plus large doit notamment conduire à l'admission d'un document ne comportant pas lui-même le n° Agdref dès lors que ce numéro a déjà été créé (séparément du document délivré par la préfecture). Un tel cas de figure peut se produire soit parce que la personne étrangère est déjà connue de la caisse et que son numéro Agdref l'est aussi (un ancien document ou titres figurant dans le dossier de la caisse), soit parce qu'elle connaîtrait son numéro Agdref et pourrait en informer la caisse, soit parce que la caisse irait consulter elle-même le fichier Agdref (encore faudrait-il que la préfecture ait effectivement enregistré la personne étrangère, ce qui n'est pas toujours le cas).

Toutefois, les instructions données aux caisses apportent diverses restrictions qui conduisent les caisses à ne pas accepter de nombreux documents nominatifs en cours de validité et délivrés par les préfectures (lettre réseau Cnamts LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017) :

- elles préconisent d'accepter uniquement les documents (en cours de validité) comportant effectivement le numéro Agdref restreignant ainsi la formulation plus large de l'arrêté;
- elles indiquent à propos des « convocations en préfecture » que seules les convocations pour renouvellement enregistrées dans Agdref peuvent être acceptées, mais jamais les convocations de première demande de titre<sup>(43)</sup> ;
- elles exigent que le document soit également « enregistré dans l'application Agdref » alors que l'arrêté indique que c'est la personne qui doit être enregistrée dans le fichier Agdref. Sur ce point, il faut cependant noter que le fait pour une personne d'être enregistrée dans le fichier Agdref n'est pas synonyme de « droit au séjour en France ». C'est le cas notamment des personnes étrangères ayant demandé leur admission au séjour et qui se le sont vu refuser (par exemple, les débouté-e-s du droit d'asile).

En tout état de cause, c'est bien la validité du droit au séjour au moment de la demande (le préfet a-t-il accordé un droit au séjour, même provisoire ?) qui doit prévaloir selon la loi (CSS, art. L. 160-1, L. 111-2-3) et selon la réglementation (CSS, art. R. 111-3). La limitation du droit au séjour, par arrêté ministériel, aux seuls cas où « *la personne est enregistrée dans le fichier Agdref* » paraît donc discutable au regard de la norme législative et réglementaire. Il en va de même pour l'instruction Cnamts limitant de surcroît aux seuls cas où « *le document de séjour est enregistré dans le fichier Agdref* ».

### Remarque: Les documents de séjour sans date de fin de validité

*Un autre problème peut venir du fait que de nombreux documents, bien qu'enregistrés dans Agdref, contiennent une date de délivrance par la préfecture mais pas de date d'échéance (par exemple: attestations de dépôt d'une demande de titre de séjour). Comme l'administration préfectorale est soumise à un délai de 4 mois pour se prononcer sur une demande de titre de séjour, de tels documents devraient valoir autorisation de séjour durant quatre mois à compter de leur date de délivrance. Le Ceseda prévoit d'ailleurs que les documents accusant réception d'une demande de titre de séjour valent autorisation de séjour en France<sup>(44)</sup>. La Cnamts indique, de son côté, qu'elle retient comme date de fin de validité d'une « convocation préfecture » la date de délivrance augmentée de 3 mois<sup>(45)</sup>.*

(43) « Dans l'outil Agdref, seules les convocations en préfecture pour renouvellement de titre de séjour sont enregistrées. Ce document est en effet de nature à démontrer que l'intéressé effectue des démarches pour renouveler le titre initialement délivré. Toute personne présentant une convocation en préfecture de première demande de titre doit donc se voir opposer un refus pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie pour défaut de condition de régularité de séjour en France » (LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017).

(44) Article L.311-4 du Ceseda : « La détention d'une attestation de demande de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour, d'une attestation de demande d'asile ou d'une autorisation provisoire de séjour autorise la présence de l'étranger en France sans préjuger de la décision définitive qui sera prise au regard de son droit au séjour. »

(45) Cnamts, Lettre au réseau LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017, tableau 2.2 b) page 9.

### 3. Les personnes étrangères non soumises à une condition de régularité du séjour

#### a. La prolongation des droits pendant 12 mois au-delà de la date d'échéance du titre ou document de séjour

La caisse ne peut fermer les droits pendant 12 mois à compter de la date d'échéance du document ou titre de séjour (CSS, art. L. 160-1 et R. 111-4), dès lors que la personne étrangère continue de résider en France ou n'a pas transféré sa résidence hors de France. L'idée est que celle dont le titre de séjour arrive à échéance dispose d'un délai de 12 mois pour produire un nouveau document. Ce dispositif important vise notamment à éviter les ruptures de droits au moment des renouvellements de titres, ruptures imputables principalement aux préfectures qui ne délivrent pas, ou pas immédiatement, les récépissés de demande de renouvellement pourtant prévus par la réglementation.

Si la personne étrangère ne parvient pas à produire un nouveau document dans ce délai de 12 mois, ces droits pourront être fermés par la caisse, mais uniquement à compter de la date de fermeture, et aucune demande de remboursement ne pourra être faite.

#### Remarques :

– Les ressortissant-e-s UE / EEE / Suisse ne sont pas concerné-e-s par ce dispositif de prolongation des droits (CSS, art. R.111-4).

– Cette prolongation vaut pour toute personne étrangère prise en charge peu importe qu'elle soit rattachée à une caisse d'assurance maladie sur critère d'activité professionnelle ou de résidence.

– La prolongation des droits pendant 12 mois doit également valoir pour l'enfant atteignant ses 18 ans et qui était déjà pris en charge, soit en tant qu'ayant droit mineur (d'une ou d'un assuré social), soit à titre autonome (comme assuré-e social-e).

→ La prolongation des droits pour le bénéficiaire de la complémentaire CMU (CMU-C)

Les textes (CSS, art. L. 160-1, R. 111-4) prévoient que la prolongation de 12 mois s'applique aussi à la CMU-C<sup>(46)</sup>. Si des instructions donnent une interprétation conforme à ces textes, une récente instruction vient au contraire d'en restreindre la portée.

Diverses instructions<sup>(47)</sup> indiquent en effet que si, durant la période de prolongation de 12 mois des droits à la prise en charge des frais de santé, les droits à la CMU-C viennent à expiration<sup>(48)</sup>, l'intéressé-e peut en demander le renouvellement, mais ensuite, elle ou il devra, avant l'échéance de cette période de 12 mois, être en mesure de produire un nouveau titre de séjour. S'il ou elle ne fournit pas de nouveau titre de séjour avant

(46) Mais pas à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

(47) Par exemple, Cnam, Lettre au réseau LR DGOS 23/2017 du 3 avril 2017 et « Partenariat accès aux droits – Bulletin d'information destiné aux partenaires », CPAM de Seine-Saint-Denis, 24 avril 2017 [en ligne].

(48) Ces derniers sont attribués pour une durée de 12 mois (CSS, art. L. 861-5 5°).

cette échéance, ses droits à complémentaire seront interrompus concomitamment à ses droits de base à la prise en charge des frais de santé.

**Exemple :** un titre de séjour arrive à expiration le 31 mars 2018 pour une personne étrangère avec des droits CMU-C ouverts du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2018. Si elle ne dispose pas d'un nouveau titre de séjour, ses droits à la prise en charge de ses frais de santé sont prolongés pendant 12 mois à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018, soit jusqu'au 31 mars 2019. La personne peut durant cette période demander le renouvellement de ses droits CMU-C du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2019, sans avoir à justifier de la régularité de son séjour au moment du renouvellement. Mais si, au 31 mars 2019 (expiration de la prolongation des droits à la prise en charge), elle n'a pas produit un nouveau justificatif de droit au séjour, les droits de base et les droits CMU-C seront interrompus à cette date (soit, pour la CMU-C, avant le 30 juin 2019, échéance initiale prévue lors du renouvellement).

Cependant, la lettre réseau Cnamts LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017 indique que la CMU-C peut être renouvelée durant la période de prolongation des droits de l'assurance maladie de base uniquement si la personne produit au moins une convocation de renouvellement délivrée par la préfecture<sup>(49)</sup>.

#### Remarques :

– Cette interprétation revient à ne pas appliquer les dispositions de prolongation des droits à la CMU-C. Cette interprétation aurait été parfaitement conforme aux textes sur la prolongation de 12 mois (CSS, art. L. 160-1 et R. 111-4) si ces derniers avaient visé uniquement la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie de base. Or ces textes étendent explicitement la prolongation des droits également à la CMU-C (ce qui n'est pas le cas pour l'ACS). Cette interprétation restrictive est contestable en droit.

– Cette interprétation va en outre conduire à prévoir d'attribuer une AME pour la part complémentaire pendant une partie de la période de prolongation des droits de l'assurance maladie de base, conduisant à des démarches, des complications et des coûts supplémentaires tant pour les personnes concernées que pour les caisses.

## b. Les enfants mineurs

Les enfants mineurs ne peuvent pas se trouver en situation irrégulière sur le territoire (ils ne peuvent pas être sanctionnés pénalement, ni faire l'objet d'une mesure d'éloignement). Par conséquent, en aucun cas une condition de régularité de séjour ne doit leur être opposée pour l'accès à la prise en charge des frais de santé, et ce, quelle que soit leur situation. Seule, éventuellement, la condition de résidence habituelle sur le territoire (voir II. B. 1. b. p. 14) pourrait leur être opposée.

<sup>(49)</sup> Cnamts, Lettre au réseau LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017, Point 1.4 p. 5 : « Une demande de CMU-C/ACS (première demande ou renouvellement) peut être déposée dans cette période de maintien de droit. À l'appui de sa demande, l'intéressé devra produire au moins une convocation en préfecture pour renouvellement de son titre de séjour, document qui fait partie des titres enregistrés sous Agdref. Dans tous les cas, comme indiqué précédemment, le titre ou document produit doit être enregistré dans Agdref. La production de ce document met fin à la période de maintien de droit. À défaut de fourniture d'un document recevable, un refus CMU-C/ACS est opposé. »

→ Les enfants mineurs ayants droit d'un assuré social

Ils ne sont pas soumis à l'obligation de produire un titre de séjour : l'entrée en France dans le cadre du regroupement familial n'est pas nécessaire pour bénéficier de l'assurance maladie et le certificat médical délivré par l'Ofii ne peut pas être exigé.

Il n'existe pas non plus de condition de lien juridique entre l'enfant et l'assuré social-e : l'enfant peut être légitime, naturel, adopté, ou recueilli, même sans transfert de l'autorité parentale<sup>(50)</sup>. La seule condition est que l'enfant doit être à la charge de l'assuré-e<sup>(51)</sup>. La charge est une situation de fait qui peut se prouver par tout moyen.

Le statut d'ayant droit prend fin en tout état de cause le 1<sup>er</sup> septembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint 18 ans<sup>(52)</sup>. L'enfant né après le 1<sup>er</sup> septembre de l'année peut donc devenir assuré social de façon autonome avant ses 18 ans, et ce, même sans titre de séjour.

À la condition d'être au préalable ayant droit d'une ou d'un assuré social, l'ayant droit mineur peut demander à être pris en charge de façon autonome dès l'âge de 16 ans<sup>(53)</sup> (il peut recevoir une carte Vitale dès l'âge de 12 ans) et ce, sans avoir à justifier de la régularité de son séjour. Il est également pris en charge à titre personnel de façon automatique à partir de 16 ans s'il exerce une activité professionnelle (il doit alors cependant avoir obtenu une autorisation de travail ou un titre de séjour avec droit au travail) ou s'il a déjà entamé des études dans l'enseignement supérieur<sup>(54)</sup>.

Le mineur ayant plus de 16 ans, dont les liens familiaux sont rompus, peut aussi bénéficier à titre personnel, et à sa demande, de la complémentaire-CMU (CMU-C)<sup>(55)</sup>. Les mineurs ayants droit ne peuvent pas y accéder de façon autonome, et c'est uniquement dans le cadre de leur foyer qu'ils peuvent bénéficier de la CMU-C<sup>(56)</sup>.

→ Les enfants accompagnant un adulte en situation irrégulière

À ce jour, ils sont toujours exclus de la prise en charge des frais de santé par un régime d'assurance maladie. Les mineurs accompagnant un-e adulte en situation irrégulière relèvent de l'AME, celle attribuée à leur famille, ou à titre autonome si les parents n'y sont pas éligibles (lorsque les conditions de ressources ou d'ancienneté de présence de plus de trois mois ne sont pas remplies).

(50) Pour un enfant recueilli, voir *Cour de cassation*, 10 novembre 2011, n° 10-19278.

(51) CSS, art. L.160-2. *Les mineurs pupilles de l'État sont également pris en charge* (L. 380-4 CSS).

(52) CSS, art. L.160-2, 2<sup>e</sup> al., L. 381-8 et R. 381-15.

(53) CSS, art. D. 160-1. *Formulaire Cerfa n° 15680\*01 « Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel »* (téléchargeable en ligne sur Ameli).

(54) *Aucune condition de régularité n'est exigible pour l'inscription dans l'enseignement supérieur (article L. 612-3 du code de l'éducation). Et si les ressortissant-e-s non UE / EEE / Suisse sont en principe tenu-e-s de passer par une procédure d'inscription spécifique (dossier, examen de langue française, etc., articles D. 612-11 et suivants du code de l'éducation), les étudiants et étudiants étrangers ayant obtenu leur bac en France en sont dispensés et doivent être traités à égalité avec les Français-es.*

(55) CSS, art. L. 861-1.

(56) À l'exception des étudiants boursiers (CSS, art. L. 861-1).

→ Les enfants pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse

Ils peuvent, quel que soit leur âge et sur demande des personnes ou établissements qui en assurent l'accueil ou la charge, être identifiés de façon autonome et être pris en charge pour leurs frais de santé par l'assurance maladie<sup>(57)</sup>, ainsi que pour la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)<sup>(58)</sup>. Aucune exigence de justificatif d'ancienneté de résidence de plus de 3 mois ne leur est opposable (CSS, art. D. 160-2, voir II. B. 3). Pour un enfant, ayant droit mineur d'une ou un assuré social, mais confié par décision judiciaire à un établissement, à un service ou à une personne, ces derniers ont droit au remboursement des frais engagés pour l'enfant<sup>(59)</sup>.

→ Les enfants non accompagnés (isolés) non pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Tout mineur non accompagné (isolé) devrait faire l'objet d'une mesure de protection et être pris en charge par les services de l'ASE (cf. ci-dessus). Quand ce n'est pas le cas, en cas de carence du département ou en cas de contestation de leur minorité par le département, ces jeunes isolés doivent pouvoir bénéficier de l'AME, même sans devoir se faire passer pour majeur<sup>(60)</sup>.

### c. Les détenus<sup>(61)</sup>

La personne détenue, y compris si elle est en situation irrégulière au regard du séjour, bénéficie pour elle-même de la prise en charge de ses frais de santé par le régime général de la sécurité sociale (CSS, art. L. 381-30 et L. 381-30-1). La part complémentaire est financée par l'administration pénitentiaire<sup>(62)</sup>. La prise en charge ne concerne pas les ayants droit (mineurs) hors de l'enceinte carcérale. Il n'y a pas de maintien des droits à la sortie de détention (ce qui implique une démarche auprès de la caisse du domicile pour rouvrir des droits).

### d. Les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Le travailleur sans-papiers (sans titre de séjour et/ou sans autorisation de travail) victime d'un accident du travail a droit aux dispositions de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), protection qui comprend notamment la

(57) CSS, art. L. 160-2, 5e al.

(58) Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 (voir également les circulaires DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 et DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000).

(59) CSS, art. R. 313-15.

(60) La circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 précise que, s'ils ne relèvent ni de l'ASE ni de la PJJ, « sans aucune attache, sans prise en charge par une structure quelconque, ils bénéficient également de l'AME en leur nom propre ». Et ils en bénéficient « en leur nom propre, sans intervention d'un quelconque représentant légal ».

(61) Textes utiles : CSS, art. L. 381-30 à L. 381-30-6, L. 161-13-1, R. 161-4-1 ; Direction de l'administration pénitentiaire, Guide des droits sociaux accessibles aux personnes placées sous main de justice à l'usage des personnels pénitentiaires, février 2016.

(62) CSS, art. L. 381-30-1, al. 2, et L. 380-30-5 II. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 présenté en septembre 2017 prévoit un financement par l'assurance maladie de la totalité des frais de santé des personnes écrouées.

prise en charge à 100 % des frais de santé liés à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Aucune condition de régularité du séjour ne doit être opposée.

Il convient de rappeler le droit applicable :

D'abord, les dispositions législatives du CSS prévoyant une condition de régularité de séjour concernent la « *couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille* » (CSS, art. L.111-1) ou les assurances sociales (CSS, art. L. 115-6), c'est-à-dire dans ce dernier cas les prestations en espèces relevant du livre III du code et listées exhaustivement à l'article L. 311-1 du CSS. Or l'assurance AT-MP ne relève pas du livre III mais du livre IV du CSS. Elle n'est donc visée par aucune disposition législative imposant la régularité du séjour des étrangers.

Ensuite, l'article L. 411-1 du CSS qui définit les conditions d'accès à l'assurance AT-MP précise que cette protection vaut pour « *toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs* », sans mentionner l'exigence de séjour régulier de la victime<sup>(63)</sup>. L'absence de condition de régularité de séjour est d'ailleurs rappelée par plusieurs circulaires<sup>(64)</sup>.

Enfin, exiger une condition de régularité du séjour serait contraire à la Convention n° 19 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur l'égalité de traitement en matière d'accidents du travail.

#### 4. Et pour les personnes ne remplissant pas la condition de régularité de séjour ?

La personne étrangère qui ne remplit pas la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du CSS, c'est-à-dire qui ne dispose pas d'un des titres ou documents fixés par l'arrêté du 10 mai 2017 si elle est non européenne (voir II. C. 2), peut être éligible à l'aide médicale d'État si elle en remplit les autres conditions : résidence en France, ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois, ressources<sup>(65)</sup>.

→ Un nouveau périmètre pour l'aide médicale État (AME) et le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV)

En édictant une liste de documents de séjour (arrêté ministériel du 10 mai 2017) pour définir la condition de « régularité du séjour des étrangers », le CSS impacte le périmètre de l'AME et du DSUV.

En effet, les bénéficiaires de l'AME sont définis par la négative comme des personnes qui résident en France sans remplir « *la condition de régularité mentionnée à l'article*

(63) En outre, l'article L. 8252-1 du Code du travail précise que « Le salarié étranger employé en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 8251-1 [interdiction d'employer un étranger non muni du titre l'autorisant à exercer une activité salariée en France] est assimilé, à compter de la date de son embauche, à un salarié régulièrement engagé au regard des obligations de l'employeur définies par le présent code » (dont les dispositions relatives aux accidents du travail).

(64) Voir sur le site du Gisti la page « Accidents du travail et maladies professionnelles » ([www.gisti.org/spip.php?article5240](http://www.gisti.org/spip.php?article5240) ou accessible via les pages « Le droit »/« Réglementation »/« Protection sociale »).

(65) Et elle peut être éligible au dispositif soins urgents vitaux à l'hôpital si la condition d'ancienneté de présence de 3 mois ou si la condition de ressources n'est pas remplie.

L. 160-1 du Code de la sécurité sociale »<sup>(66)</sup>. Il en est de même pour le dispositif soins urgents et vitaux<sup>(67)</sup>. Une telle définition vise donc les personnes sans aucun document de séjour (pour les ressortissant-e-s UE, voir les subtilités en II. C. 1. p. 19), mais également, celles en séjour régulier au sens du droit de l'immigration, mais titulaires d'un document de séjour ne figurant pas dans la liste de l'arrêté ministériel.

**Attention !** À ce jour, faute d'instruction de la part de l'administration et des organismes de sécurité sociale, il est difficile de prévoir si les caisses feront une telle interprétation du droit, et considéreront ces personnes comme en « séjour irrégulier » au sens de l'AME et du DSUV. Selon l'interprétation de nos associations, les caisses devraient donc, en cas de refus d'ouvrir des droits à la prise en charge des frais de santé, instruire subsidiairement des demandes de DSUV pour les personnes (résidentes, ayant vocation à s'installer en France, même si nouvellement arrivées) sous visa de court séjour, ou sous visa de long séjour avant passage à l'Ofii (par exemple, un conjoint étranger de Français).

**Attention !** Pour les personnes étrangères qui sont en situation régulière avec un document précaire (par exemple, ne comportant pas le n° Agdref ou non enregistré dans le fichier Agdref telles les convocations de première demande de titre de séjour) (voir II. C. 2), il est recommandé de demander l'AME en même temps que les droits à l'assurance maladie. En effet, l'AME étant un droit quérable (c'est-à-dire devant être expressément demandé) n'ayant pas ou peu de portée rétroactive à compter de la date de la demande\*, il convient, surtout si l'on reçoit des soins importants, de ne pas attendre d'avoir reçu un refus de prise en charge par l'assurance maladie pour demander l'AME, au risque d'avoir des frais de soins à payer et, pour les hôpitaux, d'avoir des factures non réglées.

\* La rétroactivité est de 30 jours maximum à compter du dépôt de la demande d'AME selon l'article 44-1 du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954.

(66) Article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(67) Article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles : « Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. »

### III. Justifier de son identité et permettre son identification

Toute personne doit justifier de son identité pour percevoir des prestations de sécurité sociale. Si elle n'a pas encore de numéro de sécurité sociale, elle doit également produire une pièce d'état civil. La réforme Puma a largement modifié les règles relatives à l'immatriculation et l'affiliation. Pour les personnes sans numéro de sécurité sociale définitif, le droit préserve néanmoins toujours l'accès et le maintien à la prise en charge des frais de santé.

La personne demandant l'ouverture des droits ou le service d'une prestation (remboursement de soins ou dispense d'avance des frais) doit donc justifier de son identité. Cette exigence doit permettre l'identification de la personne par la caisse.

#### A. La procédure d'« identification » des personnes remplace l'« immatriculation »

##### 1. Le renforcement du rôle du numéro de sécurité sociale définitif (NIR)

La réforme Puma a considérablement modifié le droit applicable en matière de sécurité sociale (au sens large) en atténuant la distinction entre la « procédure de contrôle de l'identité » (par la caisse) et « procédure de certification de l'état civil » (par l'Insee et le Service administratif national d'identification des assurés – Sandia – de la Cnav).

Sans base légale, c'est la réglementation qui indique à l'article R.161-1 du CSS (issu du décret n° 2017-736 du 3 mai 2017) que : « *Toute personne affiliée aux assurances sociales ou rattachée aux organismes de sécurité sociale pour le bénéfice d'allocations ou prestations servies par ces organismes est identifiée par le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques [...].* »

Ce faisant, la réglementation impose désormais le numéro de sécurité sociale définitif, comme l'instrument central, tant de l'entrée dans le droit (ex : demander l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé, demander des allocations familiales), que pour le service des prestations de sécurité sociale (ex : se faire rembourser des soins, percevoir les allocations familiales).

En effet, le numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques est le vocable technique pour désigner le numéro de sécurité sociale (définitif) comportant treize chiffres (commençant par le chiffre 1 ou 2 selon le sexe de la personne) suivis d'une clé de contrôle à deux chiffres. Il est désigné dans cette note et dans la documentation officielle sous l'acronyme « NIR » (numéro d'inscription au répertoire<sup>(68)</sup>).

(68) On notera que le CSS modifié en 2017 continue d'utiliser le vocable « numéro d'immatriculation (sic) au répertoire » (par exemple CSS, art. R. 161-42, R. 161-45).

Cette centralisation autour du NIR est parfaitement cohérente d'un point de vue gestionnaire et est sans conséquence pour toutes les personnes nées en France. En revanche, elle pose des problèmes spécifiques pour les personnes nées à l'étranger (voir C. ci-après).

## 2. La distinction entre attribution du numéro de sécurité sociale définitif (ex-immatriculation) et ouverture de droits

On notera que les anciens vocables « immatriculation » (procédure aboutissant à l'obtention d'un NIR) et « affiliation » (rattachement à une caisse avec ouverture des droits) disparaissent du CSS. Ils sont désormais fusionnés dans le terme « identification », au risque d'empêcher l'accès à la sécurité sociale pour les personnes sans NIR. Seule la prise en charge des frais de santé (l'assurance maladie) est explicitement préservée pour les personnes sans NIR (voir C.2 et C.3 ci-après).

Pour autant, la procédure « d'immatriculation », ou plus précisément de certification de l'état civil (par l'Insee et le service Sandia de la Cnav; voir C.1 ci-après) n'a pas disparu. Au contraire, elle reste une procédure absolument cruciale puisque c'est d'elle que dépend l'accès à une carte Vitale, et donc en pratique un accès aux soins. Or cette procédure n'est ni transparente (pas de sources textuelles publiques<sup>(69)</sup>) ni accessible aux usagers (c'est l'organisme de sécurité sociale qui sollicite le service Sandia, et non pas l'utilisateur lui-même).

Pour mémoire, cette procédure d'attribution d'un NIR est donc une opération unique dans la vie: le NIR est définitif. Pour autant, il ne correspond pas systématiquement à une période d'ouverture des droits. Ainsi, de nombreuses personnes effectivement titulaires d'un NIR ne bénéficient pas de droits sociaux (départ hors de France; ressources supérieures au plafond; limite d'âge, etc.).

La distinction entre « identification par un NIR » (anciennement « immatriculation définitive ») d'une part, et « ouverture de droits » (désormais désignée comme « rattachement [à une caisse] » pour la prise en charge de frais de santé) d'autre part, reste donc pertinente.

## B. Personnes disposant déjà d'un numéro de sécurité sociale définitif (NIR)

Il s'agit de personnes françaises ou étrangères, soit nées en France, soit nées hors de France, mais s'étant déjà vu attribuer un NIR dans le passé.

Ces personnes doivent justifier de leur identité pour ouvrir des droits. Selon le formulaire Cerfa n° 15763\*01 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » (voir annexe 4), la production d'une seule pièce d'identité suffit, et il peut s'agir :

(69) Il existe un « Guide de la procédure d'identification » de la Cnav et de l'Insee dont la dernière version connue et non publiée date de 2012 [en ligne sur le site du Gisti]. De nombreuses instructions figurant dans ce guide ne sont plus valables.

- de la photocopie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport, si la personne est française ou ressortissante d'un État de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse,
- de la photocopie d'un « titre ou document de séjour »<sup>(70)</sup> si la personne est ressortissante d'un pays non UE / EEE / Suisse (voir II. C. sur la « condition de régularité du séjour » pour les pièces devant être acceptées).

**Remarque:** *le formulaire Cerfa n° 15763\*01 fusionne la justification de l'identité avec la justification de la régularité du séjour, ce qui pose un problème pour les personnes dispensées de la condition de séjour régulier (mineurs) ou dispensées de détenir un titre de séjour (membre de famille non UE de ressortissant-e UE – voir encadré p. 23). Ces personnes devraient pouvoir justifier de leur identité par tout moyen probant, par exemple par une carte nationale d'identité de leur pays de nationalité, par un extrait d'acte de naissance, par un ancien titre ou document de séjour délivré par une préfecture, ou encore par un permis de conduire, etc.*

## C. Personnes ne disposant pas d'un numéro de sécurité sociale définitif (NIR)

Il s'agit des personnes nées hors de France, ou nées en Polynésie Française, Nouvelle-Calédonie ou Wallis-et-Futuna, et qui n'ont pas déjà obtenu un NIR par le passé. En général, il s'agit de personnes nouvellement arrivées en France et qui font valoir pour la première fois des droits auprès d'un organisme de sécurité sociale français. Ces personnes « entrant dans le système » sont confrontées à trois difficultés spécifiques :

- comment obtenir le NIR (quelles pièces sont requises) ?
- comment bénéficier de droits sociaux dans l'attente de la fabrication du NIR par l'administration ?
- comment continuer à percevoir des prestations de sécurité sociale, si la personne ne remplit pas les exigences pour obtenir un NIR ?

### 1. Obtenir un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) pour les personnes nées hors de France

#### a. La procédure de création du numéro de sécurité sociale : l'exigence d'une pièce d'identité et d'une pièce d'état civil

Il s'agit d'une procédure exigeante visant à identifier chaque personne et à sécuriser le versement des prestations. L'article R.161-1 du CSS (issu du décret n° 2017-736 du 3 mai 2017) pose le principe d'une double identification par une pièce d'identité et une pièce d'état civil (PEC) : « Toute personne [...] rattachée aux organismes de sécurité sociale [...] est identifiée par le [NIR] qui lui a été attribué à sa naissance [...] si cette personne est

<sup>(70)</sup> « Une photocopie du titre de séjour en cours de validité, incluant, notamment, la carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, la carte de résident ou le certificat de résidence, le visa de long séjour avec les pages du passeport comportant l'identité, l'attestation de demande d'asile... »

*née en France ou, sur la base des pièces d'identité et d'état civil qu'elle communique [...] si cette personne est née à l'étranger. »*

En pratique, la personne demandant des prestations pour la première fois, se voit donc demander de fournir les documents nécessaires à cette identification (ancienne immatriculation définitive). L'organisme de sécurité sociale n'est pas compétent pour créer ou éditer le NIR, et se contente de transmettre les pièces au service Sandia (Service administratif national d'identification des assurés) de la Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse) situé à Tours. Cette administration assure, pour le compte de l'Insee, l'inscription au Répertoire national des personnes physiques nées à l'étranger. C'est donc le service de Tours (et non l'organisme de sécurité sociale) qui édite le NIR après certification de l'état civil au vu des photocopies des pièces transmises.

→ Le justificatif d'identité

Le justificatif d'identité demandé est le même que pour les personnes disposant déjà d'un NIR (voir III. B), à savoir « *une pièce d'identité (passeport, carte d'identité, titre de séjour)*<sup>(71)</sup> ».

Le terme « titre de séjour » n'est pas précisé, notamment quant au point de savoir s'il s'agit de l'ensemble des titres de séjour et « documents » de séjour visés par l'article R. 111-3 et l'arrêté ministériel du 10 mai 2017.

→ La pièce d'état civil

La pièce d'état civil doit être, selon le formulaire Cerfa n° 15763\*01 « *une copie intégrale de votre acte de naissance ou un extrait de votre acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat (ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible). Votre caisse primaire d'assurance maladie vous indiquera s'il faut la faire traduire* ».

Il convient de noter que ne doivent désormais plus être exigées la légalisation ou l'apostille de ce document<sup>(72)</sup>. L'exigence possible de traduction, indiquée par le formulaire Cerfa n° 15763\*01, semble cependant écartée par une autre instruction Cnamts<sup>(73)</sup>.

(71) Lettre réseau Cnamts du 1<sup>er</sup> février 2017 (dont des extraits figurent sur le site du Gisti).

(72) Ces exigences de légalisation et/ou d'apostille figuraient dans le « Guide de la procédure d'identification » de la Cnav et de l'Insee (version d'avril 2012 en ligne sur le site du Gisti). Elles figuraient également encore dans une note du ministère diffusée sur le site Ameli en 2015 (« Les règles d'identification et d'immatriculation des assurés par les organismes sociaux »).

(73) Selon une Lettre réseau Cnamts du 1<sup>er</sup> février 2017, doit suffire « une copie intégrale d'acte de naissance ou une copie d'extrait d'acte de naissance avec filiation en langue d'origine » (extraits publiés sur le site du Gisti). Signe des problèmes majeurs liés à la traduction, une note du ministère de 2015 figurant sur le site Ameli (« Les règles d'identification et d'immatriculation des assurés par les organismes sociaux ») indiquait déjà : « S'il ne vous est pas possible d'obtenir une pièce d'état civil plurilingue ou traduite, indiquez-le à votre organisme de sécurité sociale. » Les caisses d'assurance maladie peuvent en effet solliciter le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) pour effectuer les traductions nécessaires.

## b. Les dérogations à la double exigence d'une pièce d'identité et d'une pièce d'état civil

Une instruction nationale demande aux caisses de ne pas soumettre l'attribution du NIR à la production de ces deux pièces pour les catégories de personnes suivantes<sup>(74)</sup> :

- le mineur isolé pris en charge par un juge des enfants : selon l'instruction Cnamts, doivent être acceptés le certificat de dépôt du statut de réfugié ou le récépissé du dépôt (pour ceux qui demandent l'asile). Ces vocables sont obsolètes et doivent être interprétés respectivement comme la « lettre d'enregistrement de l'Ofpra » et « l'attestation de demande d'asile ». L'instruction mentionne également « à défaut tout document établi par le juge, par exemple, s'agissant d'enfants placés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), le document nommé "arrêté" accompagné éventuellement de la demande de mise sous tutelle, l'ordonnance de placement provisoire, le contrat de jeune majeur ou l'ordonnance du tribunal d'instance » ;
- l'enfant confié à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : l'attestation du ministère de la justice est recevable ;
- le travailleur détenu en prison : document complété des informations d'état civil connues de l'administration pénitentiaire ;
- l'enfant mineur :
  - s'il dispose d'un extrait d'acte de naissance mais pas d'un document d'identité : la production d'un document d'identité au nom du parent titulaire d'une carte Vitale suffit ;
  - s'il ne dispose pas d'un extrait d'acte de naissance mais d'un document d'identité : la production d'un document d'identité à son nom et du titre de séjour d'un parent titulaire d'une carte Vitale suffit.

## c. Le cas des demandeurs d'asile

Jusqu'au 17 juillet 2017, une personne demandant l'asile, dans l'attente de réponse à sa demande de protection déposée auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), se voyait attribuer un numéro de sécurité sociale définitif (NIR) sur la seule présentation d'un récépissé de dépôt d'une demande de statut de réfugié ou, depuis la réforme du droit d'asile par la loi du 29 juillet 2015, de l'attestation de demande d'asile (prévue à l'article L. 741-1 du Cesda). Cette procédure lui permettait notamment d'obtenir une carte Vitale.

Cependant, une nouvelle instruction (Lettre réseau Cnamts LR-DDGOS-56/2017 du 10 juillet 2017) remet en cause l'immatriculation définitive des demandeurs d'asile en cours de procédure. Cette instruction indique ne plus attribuer aux demandeurs d'asile à compter du 17 juillet 2017 de numéro de sécurité sociale définitif (NIR) et de les maintenir sous numéro provisoire<sup>(75)</sup>. L'absence de carte Vitale qui résulte de

(74) Lettre réseau Cnamts du 1<sup>er</sup> février 2017 (extraits publiés sur le site du Gisti).

(75) L'instruction précise que les demandeurs d'asile ne se voient même pas attribuer de NIA (numéro identifiant d'attente), mais un simple numéro provisoire (NNP). Les conséquences pratiques entre une immatriculation sous NIA ou NNP ne sont pas encore documentées à ce jour.

l'absence de NIR crée des difficultés pratiques très sérieuses d'accès aux soins (l'attestation de droits sous format papier peut notamment être source de complications administratives pour les professionnels de santé). L'instruction Cnamts précise que « *l'identification définitive par le NIR se fera à l'issue de la procédure de demande d'asile, au vu du récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention reconnu réfugié ou du récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire*<sup>(76)</sup> ».

Une telle restriction, sans fondement textuel<sup>(77)</sup>, paraît discriminatoire en ce que de nombreuses personnes demandant l'asile disposent des pièces d'état civil probantes nécessaires à la certification de leur état civil par le service Sandia/Insee. Ils devraient donc pouvoir se faire éditer un NIR et ainsi obtenir une carte Vitale dès le début de leur parcours d'asile en France.

## 2. L'absence de NIR ne peut pas conduire à empêcher l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé

### a. La création du numéro identifiant d'attente (NIA) dans l'attente du NIR

Dans l'attente de la création du NIR (ancienne procédure dite d'immatriculation), « *un numéro identifiant d'attente est attribué [...] pour les personnes [non nées en France] en instance d'attribution* » d'un NIR (CSS, art. R. 161-1). Ce « *numéro identifiant d'attente (NIA) doit être attribué dans l'attente du NIR définitif*<sup>(78)</sup> ».

L'objectif du recours au NIA est de permettre l'entrée dans le droit sans attendre le résultat de la procédure de certification de l'état civil.

N.B. : les nouvelles pratiques des organismes de sécurité sociale sont incertaines. En effet, la procédure d'édition du NIA est en cours de mise en place en 2017 (selon les informations recueillies auprès de la direction de la sécurité sociale).

### b. L'ouverture des droits sous NIA pour les personnes dans l'impossibilité de produire une pièce d'état civil exigée pour un NIR

En pratique, certaines caisses posent des difficultés aux personnes qui n'ont pas les pièces d'état civil nécessaires à l'obtention d'un NIR. Alors que les caisses devraient permettre l'ouverture de droits sous NIA, elles tendent à en conditionner l'attribution à la production de toutes les pièces nécessaires à la délivrance du NIR (à savoir une pièce d'identité et une pièce d'état civil), ce qui ne repose sur aucun fondement légal.

Ce niveau d'exigence des caisses (et surtout du service Sandia) pour procéder à l'édition d'un NIA est doublement contestable. D'une part, il n'est pas prévu par les textes légaux. D'autre part, il va à l'encontre de l'objectif du NIA qui est non seulement de réduire le délai d'entrée dans le droit, mais également de faire face aux situations où

(76) La réalité de cette dernière mention est à vérifier, les pratiques actuelles des préfetures faisant plutôt usage de la mention « a obtenu le bénéfice d'une protection internationale ».

(77) Cette instruction est d'ailleurs contraire à l'article R.161-1 du CSS lorsque la personne demandeur d'asile fournit son acte de naissance, et une pièce d'identité et/ou l'attestation de demande d'asile délivrée par la préfeture.

(78) Lettre réseau Cnamts LR-DDGOS-45/2017 du 7 juin 2017.

la personne ne peut pas produire, de bonne foi, une pièce d'état civil suffisamment fiable pour permettre une immatriculation définitive sous NIR.

Seule la justification de l'identité par la production d'un document d'identité au sens large peut être exigée (voir III. B et III. C.1).

Trois éléments confirment une telle interprétation :

– la circulaire ministérielle n° DSS/SD4C 2012-213 du 1<sup>er</sup> juin 2012 relative à l'attribution d'un NIA aux demandeurs ou aux bénéficiaires de prestations de protection sociale précise que l'immatriculation « s'effectue, dans un premier temps, par la création d'un NIA à partir de la production d'un titre d'identité » et non par la production d'une PEC ;

– la disposition législative de « présomption de droits » en matière de « prise en charge des frais de santé » prévoit que cette prestation bénéficie d'un régime juridique allégé en matière de justificatifs en vue de faciliter l'entrée dans le soin. L'article L. 160-5 du CSS (anciennement article L. 161-2-1 du CSS issu de la réforme CMU de 1999) maintient en effet un véritable mécanisme de présomption de droits, avec ouverture de droits sans délai, sur seule justification de l'identité et non pas sur justification de son état civil<sup>(79)</sup>. C'est précisément le rôle du NIA, tel que défini par l'article R. 161-1 du CSS, que de mettre en œuvre cette dérogation ;

– enfin, une fois les droits ouverts, la suspension des droits est explicitement prohibée en ce qui concerne la « prise en charge des frais de santé » (voir 3. ci-après).

### 3. L'interdiction de couper les droits à la « prise en charge des frais de santé » pour défaut de NIR ou de pièce d'état civil

La coupure des droits en matière de « prise en charge des frais de santé » n'est possible en droit que si les conditions de résidence ou de régularité du séjour ne sont plus remplies : dans le premier cas, en cas de départ hors de France du bénéficiaire (voir II. A. 2) ou, dans le second cas, à la suite de la perte du droit au séjour (et après une éventuelle période de prolongation des droits pendant 12 mois à l'échéance du dernier titre ou document de séjour, voir II. C).

En aucun cas, les droits à la « prise en charge des frais de santé » ne peuvent être suspendus pour défaut de production de la pièce d'état civil permettant l'attribution du NIR. Deux dispositions législatives récentes, issues de la réforme Puma, le rappellent très précisément :

– selon l'article L. 161-15-1 du CSS, « une personne ne peut perdre le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1 [résidence en France et régularité

(79) CSS, art. L. 160-5 : « Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. »

du séjour] ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du Code civil »<sup>(80)</sup> ;

– selon l'article L. 161-1-4 du CSS, une caisse de sécurité sociale ne peut suspendre la prise en charge des frais de santé qu'en cas de défaut de production des pièces demandées permettant de contrôler les seules conditions de résidence en France et de régularité du séjour: « *Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives utiles pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation [...].*

*Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives [...] entraîne [...] la suspension [...] du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées. [...] Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1 [résidence en France et régularité du séjour] »<sup>(81)</sup>.*

**Attention !** le terme « prestation en nature de l'assurance maladie » tend à devenir obsolète depuis la réforme Puma, qui l'a remplacé par le terme « prise en charge des frais de santé » (CSS, art. L. 160-1). Voir l. « Présentation générale de la réforme Puma » et l'annexe 2 « Lexique ».

En conséquence, le droit à la prise en charge des frais de santé ne peut en aucun cas être empêché par la seule absence de pièce d'état civil considérée comme fiable pour l'établissement d'un NIR.

## D. L'attribution du numéro de sécurité sociale définitif (NIR) et l'accès à la carte Vitale

L'absence de NIR empêche en pratique l'accès à la carte Vitale. Les personnes sous NIA disposent donc uniquement d'une attestation papier pour justifier de leurs droits (ainsi que de leur éventuel droit à la complémentaire-CMU). Elles rencontrent donc d'importantes difficultés d'accès aux soins, face aux professionnels de santé pour lesquels l'attestation papier est source de complications administratives.

<sup>(80)</sup> Disposition créée par l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 (qui reprend une disposition analogue déjà prévue par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle).

<sup>(81)</sup> Ce dernier alinéa a été créé par l'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

## Annexe 1. Sigles et abréviations

<b>ACS</b>	Aide au paiement d'une complémentaire santé
<b>ADA</b>	Attestation de demande d'asile (document de séjour provisoire de l'article L. 741-1 du Ceseda) ; dans cette note, cet acronyme ne désigne pas l'allocation de demandeur d'asile (prestation en espèce prévue à l'article L. 744-9 du Ceseda)
<b>Agdref</b>	Application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France (selon l'article R. 611-1 du Ceseda, fichier des personnes étrangères identifiées par l'administration à l'occasion d'une demande d'admission au séjour ou d'une procédure d'éloignement, et immatriculées sous forme d'un numéro dit « Agdref » ou « numéro étranger »)
<b>AME</b>	Aide médicale d'État
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>AT-MP</b>	Accident du travail-maladie professionnelle
<b>Ceseda</b>	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
<b>CGSS</b>	Caisse générale de sécurité sociale (caisses du régime général de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer)
<b>CJUE</b>	Cour de justice de l'Union européenne (ex-CJCE)
<b>Cleiss</b>	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, et son excellent site <a href="http://www.cleiss.fr">www.cleiss.fr</a> sur les accords de sécurité sociale (conventions bilatérales et règlements européens)
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle (nom attribué à une réforme mise en œuvre à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2000)
<b>CMU-C</b>	Complémentaire-CMU (complémentaire santé gratuite attribuée sous condition de ressources)
<b>Cnamts</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>Cnarefe</b>	Centre national des retraités du régime français de l'étranger ( <a href="http://www.ameli.rfe.fr">www.ameli.rfe.fr</a> )
<b>Cnav ou Cnavts</b>	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
<b>CNI</b>	Carte nationale d'identité
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie (caisse du régime général d'assurance maladie de métropole)
<b>CSS</b>	Code de la sécurité sociale
<b>DOM</b>	Département d'outre-mer
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale (administration centrale de l'État, sous l'autorité conjointe des ministères de la santé, des affaires sociales, et des finances)

<b>DSUV</b>	Dispositif soins urgents et vitaux
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole (régime de sécurité sociale pour les assurés sociaux relevant du régime agricole)
<b>NIA</b>	Numéro identifiant d'attente
<b>NIR</b>	Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ou numéro de sécurité sociale définitif (couramment appelé n° d'immatriculation, n° de Sécu ou n° Insee)
<b>Ofii</b>	Office français de l'immigration et de l'intégration
<b>Ofpra</b>	Office français de protection des réfugiés et apatrides
<b>OIT</b>	Organisation internationale du travail
<b>Pada</b>	Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
<b>PEC</b>	Pièce d'état civil
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>Puma</b>	Protection universelle maladie (nom attribué à une réforme mise en œuvre à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2016)
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants (régime de sécurité sociale pour les assurés sociaux en relevant)
<b>Sandia</b>	Service administratif national d'identification des assurés hébergé par la Cnav et assurant pour le compte de l'Insee la certification de l'état civil des personnes nées à l'étranger conduisant à l'immatriculation de la personne par un NIR
<b>VLS-TS</b>	Visa de long séjour valant titre de séjour
<b>UE</b>	Union européenne

## Annexe 2. Lexique

### Réforme Puma : Changement de logique, changement de vocabulaire

Le nouveau vocabulaire issu de la réforme tient compte de la modification de la nature juridique du financement des soins. Le vocable « Assurance maladie » a donc vocation à disparaître (ou au moins à s'atténuer) pour le paiement des soins, mais ne disparaît pas pour le paiement des indemnités journalières d'arrêt de travail maladie et maternité. Le droit au paiement des soins est désormais juridiquement conçu comme une prestation non assurantielle, et désigné sous le vocable « prise en charge des frais de santé ». Les organismes d'assurance maladie semblent fréquemment utiliser le vocable « droits Puma » pour désigner cette prestation.

### Affiliation (à l'assurance maladie)

Le terme Affiliation disparaît presque totalement du code de la sécurité sociale en ce qui concerne la prise en charge des frais de santé, et devient un terme réservé aux systèmes d'assurance sociale au sens strict (indemnités journalières de maladie et maternité, pension de vieillesse et de veuvage). La prise en charge des frais de santé ne passe désormais plus par une Affiliation à l'assurance maladie, mais par un Rattachement à une caisse.

Pour les personnes en activité professionnelle, le terme Affiliation à l'assurance maladie désigne le rattachement à une caisse d'assurance maladie à la fois pour la prise en charge de frais de santé et pour le paiement des indemnités journalières (salaire de remplacement) en cas d'arrêt de travail (prestation en espèces de l'assurance maladie).

Le terme ne concerne pas les bénéficiaires de l'aide médicale d'État.

### Assurance maladie

- 1) Branche maladie de la sécurité sociale: assurance obligatoire de service public, soumise à cotisation (dont les plus démunis financièrement sont dispensés).
- 2) En tant que prestations, désigne l'ensemble des prestations de sécurité sociale couvrant le risque maladie et maternité (CSS, art. LO. 111-3), et constitué, d'une part de l'assurance « indemnités journalières » (CSS, art. 321-1 CSS), et d'autre part de la « prise en charge des frais de santé » (CSS, art. L. 160-1 et suivants).
- 2) Pour désigner la prestation de paiement des soins au sens strict, les vocables « Assurance maladie » et « Prestations en nature » disparaissent du code de la sécurité sociale (sauf mentions marginales) pour être remplacées par l'expression « prise en charge des frais de santé ».

**N.B. :** le formulaire de demande d'ouverture de droit continue de s'intituler « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » (Formulaire Cerfa n° 15763\*01, 2017)

- 3) Avec un A majuscule, désigne également les différents organismes d'assurance maladie eux-mêmes, par opposition aux autres acteurs du système de soins comme

l'État, les agences régionales de santé (ARS), les professionnels de santé et les usagers...

### **Assurance accident du travail et maladie professionnelle**

Assurance de service public, déconnectée du risque maladie-maternité, et relevant du Livre IV du code de la sécurité sociale. L'assurance couvre (à 100 %) les travailleurs pour la prise en charge des frais de santé en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle. Elle couvre également le paiement des salaires de remplacement (indemnités journalières) pendant la période d'arrêt de travail, ou le paiement d'une rente une fois consolidé l'état de santé.

### **Assuré social**

Techniquement, les personnes (avec ou sans activité professionnelle) ne sont plus Assurées sociales en ce qui concerne le paiement des soins, depuis la réforme Puma.

Pour autant, la présente Note pratique préconise de maintenir le vocable « Assuré » puisque l'organisme de rattachement (celui qui paye les soins) demeure une caisse d'Assurance maladie.

Le terme Assuré permet également de distinguer les personnes rattachées à un régime de sécurité sociale, par opposition aux personnes bénéficiaires de l'aide médicale d'État (qui est une prestation d'aide sociale et non pas de sécurité sociale).

Le terme ne concerne pas les bénéficiaires de l'aide médicale d'État.

### **Ayant droit (rattachement d'un)**

Suppression de la notion d'ayant droit majeur (chaque personne majeure ouvre des droits personnels individuellement en tant qu'Assuré). Cette suppression se fait progressivement jusqu'à fin 2019. Selon l'article L. 160-2 du CSS, les « ayants droit » pour la prise en charge des frais de santé ne concernent plus que certains enfants (mineurs) :

- tous les enfants à charge de l'assuré-e jusqu'à l'âge de 16 ans ;
- à partir de l'âge de 16 ans, les enfants peuvent demander à être assurés à titre personnel. S'ils sont scolarisés dans l'enseignement supérieur (étudiants) ou s'ils exercent une activité professionnelle, ils sont obligatoirement assurés à titre personnel.

En conséquence, est supprimé (pour le risque maladie-maternité) :

- le seuil de 16 ans (anciennement art. R. 313-12 du CSS) imposant une obligation de poursuite de la scolarité pour rester ayant droit au-delà de 16 ans ;
- le rattachement en tant qu'ayant droit d'« enfants » âgés entre 18 ans et 20 ans.

### **Caisse d'Assurance maladie**

Pour le régime général, les termes « Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés » et « Caisse primaire d'Assurance maladie » n'ont pas été modifiés,

puisque ces organismes servent à la fois les prestations de paiement des soins (non assurantielles) et des prestations d'indemnités journalières (assurantielles).

## Complémentaire

Pas de changement avec la réforme Puma. Les organismes de protection complémentaire en santé (OC) constituent le deuxième étage de la protection santé, en complément des régimes de base. La part des frais de santé pris en charge par ces couvertures s'appelle « part complémentaire » ou « ticket modérateur ».

## Couverture de base ou Protection de base ou Régime de base

Pas de changement avec la réforme Puma. Voir Régime(s) obligatoire(s). Synonymes d'assurance maladie (aux sens 1. et 2. du terme), les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire », en ce qu'elle s'oppose à la « part complémentaire » éventuellement couverte par une assurance santé complémentaire facultative.

## Identification

Nouveau terme généralisé par la réforme Puma, désignant à la fois la justification de son identité auprès d'un organisme de sécurité sociale par tout·e assuré·e social·e ou futur·e assuré·e social·e, et le processus de fabrication du numéro de sécurité sociale définitif par l'Insee/Sandia issu de la certification de l'état civil par ces administrations.

L'identification est une condition de « l'entrée dans le droit ». De ce point de vue, l'absence de numéro de sécurité sociale définitif est un obstacle à l'ouverture des droits. Pour l'immatriculation provisoire (il serait plus rigoureux d'utiliser le vocable « identification provisoire »), voir les développements dans la note.

## Immatriculation

Avec la réforme Puma, le terme tombe en désuétude au sein du Code de la sécurité sociale (mais n'est pas totalement absent ; voir notamment les articles R. 161-45, R. 161-42, R. 244-4) au profit du concept d'« identification ». Dans le flou des textes, les deux termes désignent le processus d'attribution d'un numéro individuel d'identification (ou d'immatriculation selon l'article R. 161-45 du CSS) des personnes physiques, au sein du répertoire national tenu par l'Insee.

L'immatriculation a trois caractéristiques particulières :

- il s'agit d'une opération unique dans la vie (le numéro est définitif et permet d'identifier une personne jusqu'à son décès) ;
- pour les personnes nées à l'étranger, elle apparaît comme une opération administrative interne aux organismes de sécurité sociale ;
- elle n'est pas synonyme de « droits ouverts ».

## Maintien des droits

Les règles de maintien des droits des prestations en nature (CSS, art. L. 161-8) sont supprimées car jugées inutiles (la perte d'emploi ne conduisant pas à une perte des droits à la prise en charge des frais de santé).

Un dispositif ad hoc permet d'éviter aux caisses de fractionner la durée des droits à la durée des titres de séjour (de courte durée), afin d'assurer des périodes incompressibles d'ouverture de droits de 12 mois (CSS, art. L. 161-1, 2<sup>e</sup> al., et art. R. 111-4).

Le « maintien des droits » d'un an concerne toujours les prestations en espèce de l'assurance maladie-maternité (CSS, art. L. 161-8).

## Prestations en espèces

Pas de changement avec la réforme Puma. Le dispositif juridique reste un système d'assurance sociale soumis à cotisation préalable et couvrant les personnes ayant une activité professionnelle.

Techniquement, les « indemnités journalières » (ou salaire de remplacement) en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie, maternité, paternité, relèvent du Livre III du code de la sécurité sociale et sont donc strictement déconnectées du dispositif de « prise en charge des frais de santé » (Livre I du CSS).

## Prestations en nature de l'assurance maladie

Le terme disparaît (sauf exceptions ou oublis, dont l'article L. 161-1-4) du code de la sécurité sociale au profit de la notion de « Prise en charge des frais de santé » (réécriture par la réforme Puma des articles L. 111-1, L. 111-2-1 et création des articles L. 160-1 et suivants du CSS).

**N.B. :** le formulaire de demande d'ouverture de droits continue de s'intituler « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » (formulaire Cerfa n° 15763\*01, 2017).

## Prise en charge des frais de santé

C'est désormais le vocable retenu par le code de la sécurité sociale pour désigner le paiement (ou remboursement) des soins. Ce terme remplace le vocable « prestation en nature de l'assurance maladie ». Techniquement, le paiement des soins ne relève plus d'un système strict d'assurance sociale (soumis à cotisation), mais relève désormais d'un système juridique « universaliste », déconnecté du paiement préalable d'une cotisation assise sur le salaire (mais soumis au paiement d'une cotisation proportionnelle aux revenus). Juridiquement, il n'y a plus d'« assurance maladie » pour le paiement des frais de santé. Sur l'usage du terme Assuré, voir ce mot.

## Puma

Voir encadré p. 5-6.

## Régime(s) obligatoire(s)

Pas de changement avec la réforme Puma. Au sens large, le terme désigne toujours l'assurance maladie de la sécurité sociale (premier étage de couverture des soins), par opposition aux mutuelles et assurances complémentaires facultatives (deuxième étage de couverture des soins). Au sens strict, le terme désigne les différents types de « prise en charge des frais de santé » par les différentes caisses d'assurance maladie selon le rattachement professionnel (Régime général, régime agricole, régime des indépendants, régimes spéciaux, etc.). Les personnes sans activité professionnelle sont rattachées par défaut au Régime général, ou au régime professionnel d'un de leurs proches si elles le souhaitent.

## Annexe 3. Textes juridiques

Versions à jour des textes au 20 septembre 2017

### Code de la sécurité sociale

#### Article L. 111-1

Article posant le fondement du droit notamment à la prise en charge des frais de santé si activité professionnelle ou résidence stable et régulière en France

Modifié par Loi FSS 2016 n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59

La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent Code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens.

#### Article L. 111-2-1

I.- La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

II. - La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. [...]

#### Article L.111-2-3

NOUVEAU: définition de la régularité séjour pour tout le code

Définition de la RSR renvoyée au règlement

Un décret en Conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1.

Voir : stabilité R. 111-2 (= résidence habituelle)

Voir : régularité séjour pour les assurances sociales L. 115-6

Voir : régularité séjour pour six prestations non-assurances-sociales R. 111-3

> Voir dérogation légale à la condition de « régularité du séjour » figurant à l'article L. 160-1 (ci-dessous) pour permettre le maintien des droits pour la prestation d'« assurance maladie » (prise en charge des frais de santé) et la C-CMU (mais pas l'ACS).

## Article L. 115-6

CSS principe d'obligation de régularité du séjour des étrangers pour tous les régimes obligatoires au sens strict (livre III), ce qui exclut les autres prestations de sécurité sociale dont la prise en charge des frais de santé (livre I).

Version issue de la LFSS n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 64 (V)

NE CONCERNE PAS LES FRAIS DE SANTÉ

Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3.

En cas de méconnaissance des dispositions du premier alinéa et des législations qu'il mentionne, les cotisations restent dues.

## Article L. 114-10-1

Contrôle de la résidence

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

## Article R. 111-2

Définition résidence habituelle en France , créé par décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 et modifié par décret n° 2017-240 du 24 février 2017

Pour bénéficier des prestations mentionnées aux articles L. 160-1 [assurance maladie], L. 356-1 [allocation veuvage], L. 512-1 [prestations familiales], L. 815-1 [minimum vieillesse], L. 815-24 [allocation supplémentaire invalidité], L. 861-1 [C-CMU] et L. 863-1 [aide au paiement d'une complémentaire santé] ainsi que du maintien du droit aux prestations en espèces prévu par l'article L. 161-8, sont considérées comme résidant en France de manière stable les personnes qui ont leur foyer ou le lieu de leur séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les cas prévus par les conventions internationales et les règlements européens.

Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ait un caractère permanent.

La condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 115-7\*, sont réputés avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations.

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen.

**Article R. 111-3**

Régularité séjour. Article issu du décret dit « contrôle » n° 2017-240 du 24 février 2017

I. - Peuvent bénéficier des prestations ou aides mentionnées aux articles L. 160-1 [prise en charge des frais de santé], L. 356-1 [allocation veuvage], L. 815-1 [minimum vieillesse], L. 815-24 [allocation supplémentaire invalidité], L. 861-1 [C-CMU] et L. 863-1 [aide au paiement d'une complémentaire santé] ainsi que du maintien de droit aux prestations prévu par l'article L. 161-8, ou être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale [tout le livre III du CSS = Pension contributive vieillesse + veuvage + assurance indemnités journalières maladie, maternité-paternité, invalidité, décès], lorsqu'elles en remplissent les autres conditions et ne relèvent pas, par ailleurs, d'un régime de sécurité sociale d'un autre État en application des règlements européens ou de conventions internationales, les personnes qui sont de nationalité française ou sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de la situation des personnes de nationalité étrangère, qui ne sont pas ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

> Voir Arrêté du 10 mai 2017

II. - La condition de régularité du séjour des personnes est appréciée au jour de la demande présentée pour bénéficier des dispositions du premier alinéa du I, y compris lorsque cette demande est instruite postérieurement à la date de fin de validité du document présenté pour attester cette régularité.

**Article R. 111-4**

Durée du droit « santé » et Durée du titre de séjour = maintien des droits de 12 mois après expiration du titre de séjour

Le droit aux prestations mentionnées aux articles L. 160-1 et L. 861-1 [C-CMU] ne peut être fermé pour les personnes qui ne sont pas ressortissantes de l'Union européenne, d'un des pays de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse avant la fin du douzième mois qui suit la date d'expiration des titres ou documents justifiant qu'ils remplissent les conditions mentionnées à l'article R. 111-3 sous réserve des dispositions du II de l'article R. 114-10-1, sauf si le bénéficiaire signale qu'il ne réside plus en France ou ne relève plus de la législation de sécurité sociale française ou si ce droit a été fermé dans les conditions prévues par l'article L. 114-12-3.

**Article R. 114-10-1**

I. - Lorsque les vérifications et contrôles mentionnés à l'article R. 114-10 révèlent que les bénéficiaires des prestations ne remplissent plus les conditions fixées en application de l'article L. 111-2-3, que les éléments produits par ces bénéficiaires sont insuffisants pour le justifier ou qu'ils n'ont pas répondu aux demandes faites par les organismes en ce sens, le directeur de l'organisme notifie à l'intéressé qu'il dispose d'un délai d'un mois, à compter de la date de réception de la notification, pour produire tout document attestant du respect de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour et présenter des observations. Cette notification fait état des dispositions applicables en l'absence de réponse ou de réponse insuffisante, notamment des dispositions des II et III du présent article.

Si les documents produits et les observations présentées sont insuffisants pour justifier du bénéfice de la prise en charge des frais de santé, la décision de fermeture de droit est notifiée à l'assuré. Cette notification précise :

1° les vérifications et contrôles effectués ;

2° la date à partir de laquelle les vérifications et contrôles effectués établissent que le respect des conditions de stabilité de la résidence et de régularité du séjour n'était plus avéré;

3° la date de fermeture des droits ;

4° les voies et délais de recours contre cette décision.

II. - Lorsque les conditions de stabilité de la résidence ne sont plus remplies, la date à laquelle les droits à la prise en charge des frais de santé sont fermés ne peut être antérieure au quarante-cinquième jour suivant la date d'expédition, par tout moyen permettant de conférer date certaine, de la décision de fermeture des droits mentionnée au I.

Lorsque les personnes concernées résident encore en France et relèvent de la législation de sécurité sociale française, la fermeture des droits ne peut intervenir avant cette même date ou avant la date mentionnée à l'article R. 111-4 si elle est postérieure.

La carte d'assurance maladie des personnes concernées est alors dénoncée et inscrite sur la liste d'opposition prévue à l'article L. 161-31.

III. - Lorsque la fermeture des droits intervient en application du premier alinéa du II, les montants des frais de santé pris en charge par les organismes entre la date mentionnée au 2° du I et la date de fermeture des droits sont récupérés dans les conditions prévues par les articles L. 133-4-1 et L. 161-1-5.

La prescription de cette action est suspendue pendant la période durant laquelle la récupération est rendue impossible du fait de la résidence à l'étranger de l'assuré. Les personnes demandant ultérieurement la réouverture de leurs droits à la prise en charge des frais de santé doivent s'être acquittées préalablement des sommes restant dues ou avoir signé un plan d'apurement de celles-ci.

## **Arrêté du 10 mai 2017**

fixant la liste des titres de séjour prévue au I de l'article R. 111-3 du Code de la sécurité sociale NOR: AFSS1713741A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur,

Vu le Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 111-1, L. 111-2-3, R. 111-3;

Vu le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,

Arrêtent :

### **Article 1**

Sont considérés comme étant en situation régulière au sens des dispositions du I de l'article R. 111-3 du Code de la sécurité sociale, les ressortissants étrangers titulaires de l'un des documents suivants en cours de validité :

1. Carte de résident.
2. Carte de résident portant la mention « résident de longue durée - UE ».
3. Carte de résident permanent.
4. Carte de séjour pluriannuelle.
5. Carte de séjour portant la mention « compétences et talents ».
6. Carte de séjour temporaire.
7. Carte de séjour portant la mention « retraité ».
8. Carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union/EEE/Suisse - toutes activités professionnelles ».

9. Carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union - toutes activités professionnelles, sauf salariées ».
10. Carte de séjour portant la mention : « Directive 2004/38/CE - Séjour permanent - toutes activités professionnelles ».
11. Visa long séjour valant titre de séjour dès lors qu'il a fait l'objet de la procédure prévue au 17° alinéa de l'article R. 311-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
12. Titre de séjour délivré à un ressortissant andorran ou à un ressortissant de pays tiers membre de sa famille mentionnant la convention signée le 4 décembre 2000 entre la République française, le Royaume d'Espagne et la principauté d'Andorre relative à l'entrée, à la circulation, au séjour et à l'établissement de leurs ressortissants.
13. Certificat de résidence de ressortissant algérien.
14. Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus.
15. Attestation de demande d'asile.
16. Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention « reconnu réfugié ».
17. Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire ».
18. Autorisation provisoire de séjour.
19. Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.
20. À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France.

## Soins de santé

### Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires

#### Article L. 160-1

Article princeps Puma sur les deux portes d'entrée à l'assurance maladie / Disparition du concept d « Assuré » au profit de celui de « bénéficiaire de la prise en charge de ses frais de santé (PCFS) »

Possibilité de maintien des droits ajoutée par loi LFSS pour 2017 (Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) - art 64

Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciés selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

#### Article L.111-2-3

NOUVEAU : Définition de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour renvoyée au Règlement

Un décret en Conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1.

> Voir: stabilité R. 111-2 (= résidence habituelle)

> Voir: régularité séjour L. 115-6 pour les seules Assurances sociales + R. 111-3

Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 [régularité du séjour] bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1.

> voir R. 111-4

## Article L. 160-2

### Ayants droit

Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis.

Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que l'enfant poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés au même article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité.

## Article L. 160-3

### Non-résidents

Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du Code de l'action sociale et des familles.

En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.

### Article L. 160-4

Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :

1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale de l'État de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la République française et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent.

### Article L. 160-5

Ouverture de droit sans délai / présomption de droit

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du Code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même Code, dans des conditions définies par décret.

### Article L. 160-6

Exclusions

L'article L. 160-1 ne s'applique pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France :

1° 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 leur famille qui les accompagnent ;

2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ;

4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;

5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ;

6° Les ressortissants des États membres de l'Union européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

## Article L. 160-7

Sous réserve des conventions internationales et règlements européens et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2, les prestations en cas de maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

## Article L. 160-8

La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, 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, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les 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 aux 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'État ;

3° 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 aux 2° et 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'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du Code de l'éducation ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du Code de la santé publique ;

5° 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 même Code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit Code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du même Code.

### **Article L. 160-18**

Créé par LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 62 (V)

En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet. [...]

# Annexe 4

## Formulaire Cerfa n° 15763\*01 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » - septembre 2017

Téléchargeable sur : [www.gisti.org/IMG/pdf/s1106\\_puma\\_demande\\_od\\_remp-cerfa-15763-01.pdf](http://www.gisti.org/IMG/pdf/s1106_puma_demande_od_remp-cerfa-15763-01.pdf)



N° 15763\*01

### Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-5, L. 161-1, R. 111-3 et D. 160-2 du Code de la sécurité sociale et arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France <sup>(\*)</sup> ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie lors de votre arrivée en France, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso. Si vous êtes un membre de la famille (conjoint, concubin, partenaire PACS...), et rejoignez ou accompagnez, pour vous installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, vous devez également compléter cet imprimé.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(\*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

#### A Identification du demandeur

##### VOS NOM ET PRENOMS

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)  
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

##### Votre n° de sécurité sociale (si vous en avez, un)

##### Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez, un)

CAF de

##### Votre date de naissance

Commune et pays de naissance

##### Votre nationalité

française

UE/EEE/Suisse

(01) - cf. liste au verso

autre

##### Votre adresse

Code Postal

Commune

##### Votre n° de téléphone

Votre courriel

##### Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez été domicilié (Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)

Code Postal

Commune

#### B Situation du demandeur au regard de l'emploi

##### Activité professionnelle précisez laquelle :

##### Sans activité

##### Autre précisez :

date d'arrivée en France

#### C Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente demande toute modification des informations du cadre A et à lui signaler tout transfert de ma résidence principale à l'étranger.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Le

Signature

du demandeur

**IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice**

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S1106

## Pièces justificatives



### Vous devez fournir :

<p><i>Pour justifier de votre identité si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un Etat de l'UE/EEE<sup>(1)</sup> ou de la Suisse</i></p>	<p>► Une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.</p>
<p><i>Pour justifier de votre identité et de la régularité de votre séjour si vous êtes ressortissant d'un Etat hors UE/EEE<sup>(1)</sup> et Suisse</i></p>	<p>► Une photocopie de votre titre ou document de séjour en cours de validité, tel que carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, carte de résident, carte de séjour portant la mention "compétences et talents", certificat de résidence de ressortissant algérien, visa de long séjour valant titre de séjour avec les pages du passeport comportant l'identité, attestation de demande d'asile, autorisation provisoire de séjour...</p>
<p><i>Pour l'obtention de votre numéro de sécurité sociale si vous ne le connaissez pas et si vous êtes né à l'étranger ou à Wallis et Futuna</i></p>	<p>► Une copie intégrale de votre acte de naissance ou un extrait de votre acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat. (Ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible.)  Votre organisme d'assurance maladie vous indiquera s'il faut la faire traduire.</p>
<p><i>Si vous exercez une activité professionnelle</i></p>	<p>► Une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple votre contrat de travail ou un bulletin de paie.</p>
<p><i>Pour justifier de la stabilité de votre résidence en France si vous êtes sans activité professionnelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1) si vous êtes dans l'une des situations suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- bénéficiaire de l'une des prestations ou allocations suivantes : allocations familiales, aides au logement, AAH, RSA, minimum vieillesse ASPA, ASI, aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens travailleurs migrants dans leur pays d'origine...</li> <li>- inscrit dans un établissement d'enseignement ou stagiaire dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique,</li> <li>- de retour en France après un volontariat international à l'étranger,</li> <li>- membre de la famille rejoignant ou accompagnant, pour s'installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière,</li> <li>- reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou demandeur d'asile,</li> <li>- jeune mineur ou de moins de 21 ans pris en charge par un établissement ou un service dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse</li> </ul> </li> <li>• 2) si vous n'êtes pas dans l'une des situations ci-dessus :</li> </ul>	<p>► Toute pièce justificative de cette situation.</p> <p>► Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone fixe successives, factures d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité...</li> <li>- Si vous êtes hébergé par un particulier : une attestation sur l'honneur, rédigée par cette personne, précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé, accompagnée de quittances de loyer ou de factures d'énergie successives établies à son nom pour les trois derniers mois.</li> <li>- Si vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un certificat d'hébergement pour les trois derniers mois établi par ce centre.</li> <li>- Si vous n'avez pas d'adresse personnelle et avez élu domicile auprès d'un organisme agréé, une attestation de domiciliation établie par cet organisme et couvrant plus de trois mois.</li> </ul>
<p><i>Si vous avez des enfants mineurs à votre charge</i></p>	<p>► Le formulaire S3705 "Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés", complété par vos soins. Ce document est téléchargeable sur <a href="http://www.ameli.fr">www.ameli.fr</a> ou à demander à votre organisme d'assurance maladie.</p>
<p><i>Pour le versement de vos prestations</i></p>	<p>► Votre relevé d'identité bancaire (n° IBAN).</p>

<sup>(1)</sup> Liste des pays de l'UE/EEE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.

## Qu'est-ce que le Gisti ?

[www.gisti.org](http://www.gisti.org)

### Défendre les droits des étrangers et des étrangères

*Depuis 1972, le Gisti s'efforce de répondre, sur le terrain du droit, aux besoins des immigré-e-s et des associations qui les soutiennent. Ses interventions sont d'autant plus nécessaires que la réglementation relative aux étrangers et aux étrangères est trop souvent méconnue, y compris des administrations chargées de l'appliquer.*

### Défendre l'État de droit

*Défendre les libertés des étrangers et des étrangères, c'est défendre l'État de droit.*

*Le Gisti publie et analyse un grand nombre de textes. Il met gratuitement en ligne sur son site le maximum d'informations sur les droits des étrangers et des étrangères, et certaines de ses publications. Il organise des formations à l'intention d'un très large public (associations, avocat-e-s, militant-e-s, professionnel-le-s, etc.). Il appuie de nombreux recours individuels devant les tribunaux. Il défère également circulaires et décrets illégaux à la censure du Conseil d'État ou saisit le Défenseur des droits en cas de pratiques discriminatoires. L'ensemble de ces interventions s'appuie sur l'existence d'un service de consultations juridiques pour assister les étrangers et les étrangères qui rencontrent des difficultés pour faire valoir leurs droits.*

### Participer au débat d'idées et aux luttes de terrain

*Le Gisti entend participer au débat d'idées, voire le susciter, à travers la presse, des colloques ou des réunions publiques. Il s'investit également dans des actions collectives défensives, mais aussi offensives visant à l'abrogation de toutes les discriminations qui frappent les étrangers et les étrangères en partenariat avec des associations de migrant-e-s, de soutien aux immigré-e-s ou de défense des droits de l'Homme, et avec des organisations syndicales et familiales.*

Le Gisti est une association d'intérêt général. À ce titre, les dons qui lui sont adressés sont déductibles des impôts à hauteur de 66 % dans la limite de 20 % du revenu imposable. Vous avez aussi la possibilité de lui faire des dons par prélèvement automatique. Tous les détails sur [www.gisti.org/don](http://www.gisti.org/don) Pour obtenir de plus amples informations, n'hésitez pas à écrire au Gisti, 3, villa Marcès, 75 011 Paris ou à envoyer un message, selon le sujet, à l'une des adresses suivantes: [gisti@gisti.org](mailto:gisti@gisti.org), [formation@gisti.org](mailto:formation@gisti.org), [stage@gisti.org](mailto:stage@gisti.org), [benevolat@gisti.org](mailto:benevolat@gisti.org).

## Qu'est-ce que le Comede ?

[www.comede.org](http://www.comede.org)

### Agir en faveur de la santé des exilés et défendre leurs droits

*Créé en 1979, le Comité pour la santé des exilés (Comede) s'est donné pour mission d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. En près de 40 ans, le soin et l'accompagnement de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités dans le cadre des consultations et des permanences téléphoniques ont fait du Comede un acteur essentiel de la solidarité à l'égard des migrants/étrangers et un dispositif d'observation privilégié de leur santé et de leurs conditions d'accès aux soins. Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale, et s'adressent aux exilé-e-s et aux acteurs professionnels et associatifs. Le Comede intervient en particulier dans les régions Ile-de-France (Centre de santé à Bicêtre et Espace santé droit en partenariat avec la Cimade à Avicenne), PACA (partenariat avec Espace à Marseille) et Guyane (à Cayenne).*

### Centre-ressources du Comede

- Permanence téléphonique socio-juridique: 01 45 21 63 12 du lundi au vendredi 9 h 30 - 12 h 30
- Permanence téléphonique médicale: 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14 h 30 - 17 h 30
- Permanence téléphonique santé mentale: 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14 h 30 - 17 h 30
- Centre de formation: 01 45 21 39 32 et [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

*Animées par les professionnels du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers. Stages nationaux et formations sur site à la demande.*

- Recherche et publications: téléchargeables gratuitement sur [www.comede.org](http://www.comede.org)

Le Comede est reconnu d'intérêt général. Les dons qui lui sont adressés sont déductibles des impôts à hauteur de 66 % du montant du don dans la limite de 20 % du revenu imposable. Un reçu fiscal pour l'année en cours vous sera adressé en retour.

Pour plus d'informations: Association Comede – Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc 94272 Le Kremlin-Bicêtre, ou envoyer un message ([contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)) ou téléphoner (01 45 21 39 32).

# La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale (à jour de la réforme Puma)

Cette note présente les principales conditions d'accès à ce qu'on appelle la « Sécu » ou les « droits sécu », droits qui se matérialisent généralement par la délivrance d'une « carte Vitale » et qui permettent une prise en charge financière ou un remboursement des frais de soins. En termes juridiquement précis, il s'agit du rattachement à une caisse d'assurance maladie pour la prise en charge des frais de santé (anciennement les « prestations en nature » de l'assurance maladie).

La réforme PUMA (protection universelle maladie) qui est formellement intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2016 mais dont certaines modalités n'ont été précisées qu'en 2017 par divers textes d'application modifie significativement le droit applicable. Il s'agit dans cette note de faire le point plus particulièrement sur les conditions auxquelles font face les personnes étrangères, et notamment les conditions relatives à la régularité du séjour, à l'ancienneté de présence en France et à la justification de l'identité.

Collection *Les notes pratiques*  
[www.gisti.org/notes-pratiques](http://www.gisti.org/notes-pratiques)  
Directrice de la publication : Vanina Rochiccioli

**Gisti**  
3, villa Marcès 75011 Paris  
Facebook & twitter  
**[www.gisti.org](http://www.gisti.org)**

Novembre 2017  
ISBN 979-10-91800-43-3



9 791091 800433

7 €