

La couverture maladie universelle en pratique

Guide destiné aux personnes-relais

Ce guide s'adresse aux personnes-relais concernées par la couverture maladie universelle (CMU) : travailleurs sociaux, personnels administratifs des CCAS ou des établissements de santé, responsables associatifs, ainsi qu'à toute personne en situation de renseigner, d'informer, d'aider ou d'accompagner une personne susceptible de demander la CMU, pour sa couverture obligatoire ou sa couverture complémentaire.

Ce guide est à jour des informations réglementaires et pratiques disponibles au 10 décembre 1999. Il fera l'objet de compléments réguliers.

SOMMAIRE

L'essentiel sur la couverture maladie universelle (CMU)

- a. Qu'est ce que la CMU ?
- b. Qui a droit à la CMU ?
- c. Quels droits ouvre la CMU ?
- d. Qui fait quoi en matière de CMU ?

Informations préalables

- e. La condition de résidence pour bénéficier de la CMU
- f. La domiciliation des personnes sans domicile fixe

Chapitre 1 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire)

1.1 L'ouverture des droits à la CMU des bénéficiaires RMI, futurs et actuels

- Dispositions générales pour les futurs bénéficiaires du RMI
- Dispositions particulières pour les bénéficiaires actuels du RMI

1.2. La passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire et les droits à la CMU des publics de l'aide sociale à l'enfance

- Période de bénéfice automatique de la CMU complémentaire
- Modalités de réexamen des droits
- Droits à la CMU des publics de l'ASE

1.3. La demande de CMU complémentaire avec examen de ressources

1.3.1. La composition du foyer

- 1.3.2. L'appréciation des ressources
 - Conditions générales
 - Travailleurs indépendants

Non salariés agricoles

1.4 L'exercice du droit d'option

1.5. Les droits ouverts par la CMU complémentaire

1.5.1 Ouverture immédiate du droit à la CMU complémentaire

1.5.2 Garanties offertes par la CMU complémentaire

1.5.3. Notification des droits et attestations

1.5.4. Recours et dispositifs pour les personnes ne pouvant bénéficier de la CMU complémentaire

Chapitre 2 L'affiliation au régime général (CMU de base)

2.1. Principes fondamentaux

2.2. Passage de l'assurance personnelle à la CMU

2.3. Demande d'affiliation au régime général

Composition du dossier

Calcul de la cotisation

Annexes

Texte de la loi

Formulaires de demande

L'ESSENTIEL SUR LA CMU

a. Qu'est ce que la CMU ?

La couverture maladie universelle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes résidant en France dans l'accès aux soins et à la prévention, dont on sait qu'il était très inégalement assuré par le dispositif de l'aide médicale.

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle met en place à compter du 1^{er} janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM,
- un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (" tiers-payant ").

Le premier volet de la réforme, pour la couverture de base, améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance-maladie. Leur nombre est estimé à 150.000 personnes en France. La réforme simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national.

Par ailleurs, la suppression de l'assurance personnelle, et sa transformation par la loi CMU en affiliation au régime général sur critère de résidence, concerne environ 600.000 personnes. Dans 90% des cas, leur cotisation était prise en charge, soit par l'aide médicale, soit par la CNAF et les caisses de MSA, ou le Fonds de solidarité vieillesse.

La loi sur la CMU prévoit pour ces personnes une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil, fixé à 42.000 F par an, paieront une cotisation, au taux de 8% calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Le second volet de la réforme, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touchera les 10% les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence. D'importantes

barrières financières seront ainsi levées pour environ 6 millions de personnes soit 3 millions de foyers, modifiant en profondeur l'accès aux soins dans notre pays. La pleine réussite de cette réforme suppose des modifications fortes dans les comportements des usagers, des professionnels de santé et des organismes et des services sociaux.

La réforme introduite par la CMU

- instaure un droit fondé sur la solidarité nationale, plutôt que sur la législation de l'aide sociale qui reste, par nature, largement discrétionnaire ;
- évite les conflits de compétence entre collectivités locales ou avec l'Etat;
- vise un public deux fois plus important que celui de l'aide médicale;
- prévoit une gestion de droit commun tant pour l'assurance maladie obligatoire que pour la protection complémentaire ;
- améliore considérablement la prise en charge pour le dentaire et l'optique.

La CMU est une prestation de l'Etat, dont l'attribution est confiée à l'assurance maladie. Elle est financée au nom de la solidarité nationale par des dotations de l'Etat et des organismes complémentaires, et ainsi ne constitue pas une charge supplémentaire pour les régimes sociaux. Sa mise en oeuvre est sous la responsabilité des préfets de départements et de région. Les préfets de régions, et les DRASS, interlocuteurs habituels des organismes d'assurance-maladie et des organismes complémentaires, ont en outre la responsabilité d'inscrire sur la liste les organismes complémentaires participant à la CMU.

b. Qui a droit à la CMU ?

L'Assurance-maladie :

affiliation au régime général sur critère de résidence

➤ elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière ne disposant pas de droits ouverts à un régime obligatoire d'assurance maladie.

La CMU complémentaire

➤ elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret.

Le seuil de ressources applicable au 1^{er} janvier 2000 pour une personne seule est de 3 500 F par mois. Il atteint 5 250 F pour un couple, 6 300 F pour trois personnes, 7 350 F pour quatre personnes. A partir de cinq personnes, il est majoré de 1 400 F par personne supplémentaire.

Certaines prestations perçues visant à compenser une charge particulière n'entrent pas dans le calcul des ressources (ex : allocation pour jeune enfant...), et les allocations logement ne sont prises en compte qu'à hauteur d'un forfait (306 F pour une personne seule, pour des allocations s'élevant en moyenne à 1000 F).

La demande de CMU complémentaire est examinée pour un foyer, en fonction des personnes qui le composent. Les ressources prises en compte sont celles du foyer pour les 12 mois précédant la demande.

Le barème est le même pour les artisans, les commerçants, les professions libérales et les exploitants agricoles, mais des conditions particulières d'examen des ressources sont prévues.

c. Quels droits ouvre la CMU ?

La protection complémentaire CMU couvre intégralement le **ticket modérateur et le forfait hospitalier** ainsi que les **dépassements pratiqués sur certains actes dentaires et biens ou produits médicaux**. Dans la plupart des cas, les bénéficiaires de la CMU n'ont rien à payer lors d'une consultation médicale, ainsi que pour les soins et produits médicaux prescrits, dès lors qu'ils sont remboursables par l'assurance maladie (pharmacie, biologie, lunettes...). En particulier, la loi interdit désormais, pour les bénéficiaires de la CMU, et sauf exigence particulière de leur part, la facturation par les médecins à honoraires libres (dits en « secteur 2 ») de dépassements d'honoraires, au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Seules restent en négociation, d'ici la fin de l'année 1999, les limites qui seront fixées pour les honoraires libres des chirurgiens-dentistes, les « dépassements » en matière de prothèse dentaire et d'orthodontie, et pour certains dispositifs médicaux (TIPS), notamment l'optique.

Le résultat de ces négociations, ou, à défaut, l'arrêté de substitution prévu par la loi CMU, seront publiés avant la fin de l'année.

Pour les prestations prises en charge par la CMU, les personnes couvertes par la CMU bénéficient de la dispense d'avance de frais pour l'intégralité de leurs dépenses remboursables - part assurance maladie obligatoire et part couverture complémentaire (« tiers-payant » intégral).

d. Qui fait quoi en matière de CMU ?

La pleine réussite de cette réforme suppose une participation forte des professionnels sociaux et associatifs. Ceux-ci se voient confier par la loi la mission d'accompagner les demandeurs de la CMU qui s'adresseront à eux dans les CCAS, les autres services sociaux, les associations agréées ou les établissements de santé.

1 Qui peut affilier sur critère de résidence (CMU « de base ») ?

les CPAM, et les CGSS dans les DOM.

2 Qui peut ouvrir les droits à la CMU complémentaire ?

les caisses d'assurance-maladie de tous les régimes, c'est-à-dire les CPAM, les caisses maladie régionales, les caisses de mutualité sociale agricole (ou le GAMEX), les CGSS (DOM), les caisses maladie des régimes spéciaux.

3 Qui peut domicilier les demandeurs de CMU sans domicile fixe ?

les CCAS, et les associations agréées

4 Qui peut aider les demandeurs à constituer leurs dossiers, recevoir leurs demandes (CMU de base ou complémentaire) et les transmettre aux caisses d'assurance maladie ?

les caisses d'assurance maladie sont bien entendu organisées pour aider tout demandeur se présentant directement à elles afin de constituer son dossier.

les CCAS, les services sociaux, les associations agréées, les établissements de santé (services sociaux, services d'admission ou de consultation, ou permanences d'accès aux soins de santé) sont habilités par la loi à recevoir les demandes et à les transmettre aux caisses qui ouvrent les droits (cf n°2 *supra*).

5 Qui peut informer les demandeurs de CMU ?

tous les organismes cités ci-dessus, ainsi que les organismes complémentaires, mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance.

INFORMATIONS PREALABLES

La condition de résidence pour bénéficier de la couverture maladie universelle

Pour bénéficier de la CMU de base et complémentaire une personne doit être en situation stable sur le territoire français. Elle doit de plus pouvoir justifier de sa situation régulière si elle est de nationalité étrangère.

1. La condition de stabilité est remplie si la personne prouve par tout moyen qu'elle réside en France métropolitaine ou dans un des départements d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Toutefois, ce délai de trois mois ne s'applique pas :

-aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'accords de coopération ;

-aux bénéficiaires des prestations familiales prévues par l'article L. 511-1 et le chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale (CSS) :

- allocation pour jeune enfant
- allocations familiales
- complément familial
- allocation de logement
- allocation d'éducation spéciale
- allocation de soutien familial
- allocation de rentrée scolaire
- allocation de parent isolé
- allocation parentale d'éducation
- allocation d'adoption

- aux bénéficiaires d'aides à l'emploi pour la garde d'enfants prévues par le titre IV du livre VIII du CSS :

- allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)
- allocation à la famille pour l'emploi d'une assistance maternelle agréée (AFEAMA)

- aux bénéficiaires d'allocations aux personnes âgées prévues au titre Ier du livre VIII du CSS :

- allocation aux vieux travailleurs salariés
- allocation aux vieux travailleurs non salariés
- allocation aux mères de famille

- allocation spéciale
- allocations supplémentaires

- aux bénéficiaires de l'allocation de logement prévues par l'article L. 831-1 du CSS et de l'aide personnalisée au logement prévue par l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'urbanisme.

- aux bénéficiaires des prestations d'aide sociale visées au titre III du code de la famille et de l'aide sociale :

- aide sociale aux familles
- aides à domicile pour les personnes âgées
- aide sociale aux personnes handicapées

- aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion

-aux demandeurs d'asile et aux personnes reconnues réfugiées.

En outre, ce délai de trois mois ne s'applique pas aux demandeurs de la CMU complémentaire s'ils sont :

- affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, dont ils peuvent attester par tout moyen qu'elle doit excéder une durée de trois mois ;

- inscrits à un stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail pour une durée supérieure à trois mois ;

- bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ;

- bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail :

- allocations chômage de l'UNEDIC
- allocation de solidarité spécifique
- allocation d'insertion
- indemnités des régimes particuliers prévues à la section III du code du travail

2. La condition de régularité est remplie si un ressortissant étranger peut justifier qu'il est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. L'ensemble des justificatifs doit être pris en considération , notamment un titre de séjour, quelle qu'en soit la durée, un récépissé de première demande de titre de séjour ou de demande d'asile, ou une convocation à un rendez-vous en préfecture.

*NB : toute personne résidant en France en situation irrégulière peut demander l'aide médicale Etat auprès d'un centre de sécurité sociale (d'une caisse primaire d'assurance maladie ou d'une CGSS).
(une fiche sur l'aide médicale Etat vous sera adressée ultérieurement)*

La domiciliation des personnes sans domicile fixe

La procédure de domiciliation permet aux personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou en habitat très précaire, d'avoir une adresse administrative pour faire valoir leurs droits sociaux et pour remplir leurs obligations. La domiciliation permet de regrouper à une même adresse le suivi des différents droits sociaux : sécurité sociale ou aide médicale selon les cas, revenu minimum d'insertion, prestations familiales, etc. Les organismes domiciliataires se chargent de suivre les personnes dans leurs déplacements pour leur faire parvenir les courriers. Une attestation de domiciliation est remise à la personne domiciliée.

1. Les CCAS ont l'obligation de procéder aux domiciliations

Les CCAS gardent un rôle important, dans le cadre de leurs obligations de service social public, pour la domiciliation en matière de CMU et d'aide médicale de l'Etat. Aucun agrément n'est nécessaire pour les CCAS (article 43-6 du décret du 2/09/1954 modifié).

2. L'agrément donné aux organismes agréés pour faire élection de domicile pour le RMI est étendu à la CMU.

Aucune demande d'agrément pour la domiciliation au titre de la CMU n'est à effectuer pour les organismes agréés au titre du RMI.

3. La procédure d'agrément pour la domiciliation pour une demande de CMU obéit aux mêmes règles que pour le RMI

Les modalités d'agrément des nouveaux organismes pour la domiciliation au titre de la CMU sont celles prévues par le décret d'application de la loi RMI¹. Toutefois, la compétence pour agréer est du seul ressort du préfet, conformément à la loi CMU.

¹ Décret n° 88-1114 du 12 décembre 1988, relatif aux conditions d'élection de domicile des personnes sans résidence stable demandant le bénéfice de l'allocation de revenu minimum d'insertion.

Chapitre 1 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire)
--

La loi sur la couverture maladie universelle a créé une couverture maladie complémentaire dont le droit est ouvert sur critères de résidence et de ressources par les caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire désigne pour la gérer soit un organisme d'assurance maladie, soit un organisme complémentaire.

Avant de constituer et de renseigner intégralement un dossier pour la CMU complémentaire, notamment pour ce qui concerne sa partie « ressources », il est utile de vérifier la situation du demandeur :

- les personnes qui avaient des droits ouverts à l'aide médicale sont couvertes automatiquement par la CMU complémentaire au moins jusqu'au 30 juin 2000. Une fiche vous présente les modalités du passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire ;**
- les allocataires du RMI bénéficient de plein droit de la CMU complémentaire. Une fiche explique les modalités d'ouverture des droits à la CMU complémentaire des bénéficiaires du RMI.**

1.1. Ouverture automatique des droits à la CMU complémentaire des bénéficiaires du RMI

1. Dispositions générales pour les futurs bénéficiaires du RMI

Les bénéficiaires du RMI ont droit de façon automatique à la CMU complémentaire

- **pour une durée d'un an, qu'ils gardent ou non le bénéfice du RMI pendant cette période**
- **la déclaration de ressources au titre du RMI suffit pour ouvrir le droit à la CMU complémentaire.**

L'attribution du RMI est soumise à une condition de ressources inférieure à celle de la CMU (2 500 F pour une personne seule) ; elle est en outre assez rapide – 3 semaines en moyenne – en dehors du cas particulier des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles.

Pour simplifier les démarches des demandeurs du RMI dès le 1^{er} janvier 2000, toute demande du RMI déposée auprès d'un organisme habilité (CCAS, service social, association agréée) entraînera **la présomption de droit à la CMU complémentaire** :

- le droit est attribué par la caisse dès qu'elle est avisée du dépôt d'une demande de RMI, soit par courrier, soit par télécopie en cas d'urgence
- dans un délai de 8 jours, la caisse adresse au bénéficiaire, à son domicile, une attestation de prise en charge au titre de la CMU complémentaire
- en cas d'urgence, cette attestation peut-être envoyée immédiatement par télécopie au service qui a constitué et signalé la demande de RMI
- si l'attribution du RMI est refusée par la CAF, celle-ci en informe la caisse d'assurance maladie. Le bénéfice de la CMU complémentaire reste acquis, sauf si exceptionnellement la vérification des ressources de la personne fait apparaître qu'il ne remplit pas la condition d'octroi de la CMU.

Nb : Les cas particuliers des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles donneront lieu à décision au cas par cas par les caisses concernées.

Par ailleurs, le foyer au sens du RMI étant plus restreint que le foyer au sens de la CMU complémentaire, seront bénéficiaires de la CMU complémentaire toutes les personnes relevant du foyer au sens de la CMU complémentaire, c'est à dire, outre le foyer au sens du RMI :

- les jeunes de 18 à 25 ans ne vivant pas sous le toit de leurs parents mais rattachés fiscalement ou recevant une pension alimentaire déductible fiscalement.
- les jeunes de 18 à 25 ans vivant sous le toit de leurs parents dont les ressources sont supérieures à 1 000 F (la part supplémentaire du barème RMI), et non rattachés à ce titre au foyer RMI.

Le formulaire de demande de CMU complémentaire (volet d'identification) sera utilisé pour faire connaître ces personnes aux caisses maladie afin qu'elles bénéficient de la CMU complémentaire.

2. Dispositions particulières pour les bénéficiaires actuels du RMI

Les personnes qui bénéficient du RMI au 31 décembre 1999 ont un droit automatique à la CMU complémentaire jusqu'au 31 décembre 2000.

- 1) les bénéficiaires du RMI déjà connus des caisses d'assurance maladie recevront mi-décembre un courrier accompagné d'une attestation qui précisera leurs droits à la CMU complémentaire et les invitera à contacter leur caisse pour une mise à jour de leur carte VITALE.**

Précision pour les assurés du régime des professions indépendantes : la carte VITALE sera délivrée en janvier 2000. Dans cette attente, une attestation papier sera jointe à la lettre adressée courant décembre aux bénéficiaires du RMI.

Précision pour les assurés du régime agricole : leur caisse gérant également le RMI les contactera à partir de janvier pour l'ouverture du droit à la CMU complémentaire.

Attention : si la personne a déjà un contrat avec un organisme complémentaire privé, elle doit rapidement contacter son organisme complémentaire et sa caisse pour transformer son contrat en CMU complémentaire, ou le résilier si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste CMU. Dès le mois de mars 2000, tous les allocataires du RMI dont la CMU complémentaire est gérée par une caisse d'assurance maladie seront informés qu'ils pourront choisir, s'ils le souhaitent, un organisme complémentaire pour gérer leurs prestations CMU complémentaire.

- 2) pour les bénéficiaires du RMI qui ne sont pas connus des caisses d'assurance maladie, l'ouverture des droits pour un an à la CMU «de base» et à la CMU complémentaire se fait sur simple présentation d'une attestation de RMI, sans déclaration de ressources.**

Ces personnes n'auront qu'à indiquer l'organisme, d'assurance maladie ou complémentaire, qu'ils choisissent pour gérer leur prestation.

En effet, on estime que 30% des allocataires du RMI, en moyenne nationale, n'avaient pas demandé le bénéfice de l'aide médicale, et n'étaient pas connus en tant que tels des caisses maladie. Au fur et à mesure des rapprochements de fichiers entre CAF et caisses maladie et dès mars 2000, ou auparavant sur demande de leur part auprès d'une caisse maladie, ces bénéficiaires du RMI se verront automatiquement attribuer le droit à la CMU complémentaire.

Dès le mois de janvier 2000, toute demande de RMI donnera lieu à une demande simultanée de CMU complémentaire : le dossier de demande de RMI (transmis par l'organisme à la CAF) sera complété d'un dossier simplifié de demande de CMU complémentaire :

- **formulaire de choix de l'organisme chargé de la complémentaire rempli et signé**

- dans la demande de prise en charge pour la protection complémentaire ne remplir que le cadre intitulé “SI VOUS BENEFICIEZ OU ALLEZ BENEFICIER DU RMI ” dater et signer.

Cette demande de CMU complémentaire sera transmise à la caisse d’assurance maladie avec mention ou référence de la demande de RMI transmise à la CAF.

1.2. Passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire

Jusqu'en 1999, les personnes à revenus modestes pouvaient être prises en charge à 100% par l'aide médicale et bénéficier de la dispense d'avance de frais. C'était notamment le cas pour la plupart des assurés personnels et les bénéficiaires du RMI. A partir du 1^{er} janvier 2000, l'aide médicale départementale (ou carte santé) et l'aide médicale d'Etat (dont bénéficiaient les personnes sans résidence stable) sont remplacées par la CMU complémentaire. La loi CMU a prévu que les personnes qui bénéficiaient de l'aide médicale ont droit à la CMU complémentaire. Ce droit automatique est valable jusqu'à la date d'expiration de leur droit à l'aide médicale et au moins jusqu'au 30 juin 2000².

La caisse notifie ce changement aux personnes concernées en décembre par courrier : lettre et attestation (voir modèle joint).

Période de bénéfice automatique de la CMU complémentaire

*** au 1^{er} janvier 2000, et pour éviter les ruptures de droits entre l'aide médicale et la CMU**, la caisse prend en charge, automatiquement et à titre conservatoire, la gestion de la CMU complémentaire, sauf indication d'un organisme complémentaire antérieur.

En effet, si la personne bénéficiait déjà, en plus de l'aide médicale, d'une couverture santé après d'un organisme complémentaire³, l'intéressé doit rapidement prendre contact avec ce dernier. Si cet organisme participe à la CMU, le contrat préexistant est transformé en CMU complémentaire, et la cotisation est supprimée ou adaptée si elle couvrait d'autres risques que le risque maladie. Si l'organisme complémentaire ne figure pas sur la liste CMU, le bénéficiaire de l'aide médicale doit s'assurer que son contrat est résilié et doit choisir une caisse ou un autre organisme complémentaire qui assurera sa CMU complémentaire.

***Nb :** dans une même famille, toutes les personnes ne bénéficient pas forcément de l'aide médicale. Vérifiez bien l'attestation pour chacun des membres de la famille.*

*** Dans le courant du premier trimestre 2000 :**

les personnes dont la gestion de la CMU complémentaire a été automatiquement prise en charge par une caisse d'assurance maladie pourront désigner s'ils le souhaitent un autre organisme pour sa gestion.

Modalités de réexamen des droits

*** Dans le courant du second trimestre 2000 :**

² Articles 28 et 72 de la loi du 27 juillet 1999.

³ Article 23 de la loi du 27 juillet 1999.

la caisse d'assurance maladie contactera les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits automatiques à la CMU prennent fin au 30 juin 2000. La caisse examinera leurs ressources en vue d'une prolongation de leurs droits à la CMU complémentaire. Si les ressources de la personne le permettent, les droits à la CMU complémentaire seront ouverts pour un an à compter du 1^{er} juillet 2000, avec choix de l'organisme servant les prestations complémentaires.

Pour toutes les questions relatives aux conditions de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU complémentaire, voir la fiche Droit d'option

Attention : il est important de s'assurer que les personnes couvertes par l'aide médicale ont bien reçu et conservé l'attestation jointe au courrier envoyé par la caisse mi-décembre, qui porte la mention des droits à la CMU complémentaire pour le bénéficiaire et ses ayants droit. Si la personne n'a pas reçu le courrier, ou si les informations figurant sur l'attestation sont erronées, contactez la Caisse du demandeur afin de faire établir une attestation conforme à ses droits. Toutefois, comme pour l'assurance personnelle, les justificatifs valables en 1999 pour l'aide médicale seront toujours acceptés par les professionnels de santé dans les premiers mois de l'année 2000.

Précision pour les assurés dépendant du régime général et du régime agricole : le courrier invite les nouveaux affiliés à la CMU à mettre à jour leur carte VITALE en contactant leur caisse d'assurance maladie dans les premiers mois de l'année 2000, et avant le 30 juin.

Précision pour les assurés du régime des professions indépendantes : la carte VITALE sera délivrée en janvier 2000. Dans cette attente, une attestation papier sera jointe à la lettre adressée courant décembre aux bénéficiaires de l'aide médicale.

Point sur l'ouverture du droit à la CMU des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Trois dispositions de la loi CMU permettent de répondre à certaines situations seulement :

- **l'article 7 prévoit le statut d'ayant droit autonome pour les enfants pris en charge par l'ASE,**
- **le dernier alinéa de l'article L861-1 prévoit un droit à titre personnel à la CMU complémentaire pour les mineurs de plus de 16 ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus,**
- **l'article 17 prévoit l'affiliation au régime général sur critère de résidence des pupilles de l'Etat.**

Par assimilation, une circulaire ministérielle précise qu'il convient d'assurer l'accès à titre personnel à l'affiliation au régime général et à la CMU complémentaire des enfants confiés à l'ASE ou à la PJJ.

- 1) lorsque le service de l'ASE ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) exerce l'autorité parentale détenue par le préfet (pupilles de l'Etat, à titre provisoire ou définitif) ou le président du conseil général (délégations d'autorité parentale pour des mineurs de plus de 16 ans, et tutelles déléguées par le juge des tutelles), l'autorité responsable (le président du conseil général ou le directeur de l'établissement relevant de la PJJ selon les cas) peut déposer au nom de l'enfant une demande de CMU complémentaire. Elle sera suivie d'une décision favorable immédiate de la caisse, l'enfant étant présumé remplir les conditions de ressources, et sa situation exigeant une couverture immédiate (complémentaire et base si nécessaire, les pupilles de l'Etat étant par ailleurs affiliées au régime général sur critère de résidence, en application de l'article 17 de la loi CMU).
- 2) Lorsque le mineur confié au service de l'ASE, par extension à celui de la PJJ, a plus de 16 ans, et a fortiori s'il s'agit d'un jeune majeur ou émancipé, ce jeune peut bénéficier à titre personnel de la CMU complémentaire (article L.861-1 du code de la sécurité sociale). Là aussi, la réponse de la caisse sera favorable et immédiate, si la situation l'exige et si le jeune peut être présumé remplir les conditions de ressources.
- 3) Lorsque le service de l'ASE ou celui de la PJJ ne détient pas l'autorité parentale sur un mineur de moins de 16 ans, et qu'il estime difficile ou impossible de recueillir la coopération des parents pour déposer une demande de CMU complémentaire pour la famille, couvrant cette enfant, l'autorité responsable du service peut faire attribuer le statut d'ayants droit autonome à cet enfant. La famille ne peut s'opposer à cette démarche du service et à l'action de la caisse, qui ne requiert aucune coopération ou accord de la famille. La même autorité peut déposer au nom de l'enfant une demande de CMU complémentaire. Instruction est également donnée aux caisses dans le même contexte de réserver une suite favorable et immédiate à ces demandes, la situation l'exigeant et l'enfant mineur étant présumé remplir les conditions de ressources et de résidence.

Cette instruction permet de résoudre à la fois les cas nouveaux qui se présenteraient au premier semestre 2000, et les situations des enfants qui bénéficiaient de l'aide médicale au 31/12/1999, seront à la CMU complémentaire au 1^{er} semestre 2000, et dont le droit pourra être renouvelé sur cette base au 2^e semestre 2000.

1.3. La demande de CMU complémentaire

Après vérification du statut antérieur de la personne au titre de la couverture maladie complémentaire (préexistence d'une aide médicale ou statut de bénéficiaire du RMI), vous pouvez ouvrir un dossier de demande de CMU complémentaire qui comprendra :

- **la demande de prise en charge**
- **la déclaration de ressources annuelles**
- **le(s) formulaire(s) de choix de l'organisme gestionnaire**

1.3.1. La composition du foyer

L'accès à la CMU complémentaire en matière de santé est ouvert automatiquement aux RMistes ou sous condition de ressources. Le foyer se compose :

- du demandeur ;
- de son conjoint (sauf s'il n'est pas soumis à une imposition commune), de son concubin ou de son partenaire au titre d'un pacte civil de solidarité ;
- des enfants et personnes à charge de moins de 25 ans rattachées au foyer fiscal du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS).
- des enfants de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) vivant sous le même toit que le demandeur mais ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre.
- des enfants majeurs de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) ne vivant pas sous le même toit que le demandeur mais percevant de sa part une pension qu'il déduit à l'occasion de sa déclaration annuelle de revenus et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Les jeunes de moins de 25 ans ne peuvent bénéficier automatiquement de la CMU complémentaire en tant que demandeurs du RMI (dont le droit n'est ouvert qu'à partir de 25 ans), toutefois ils peuvent en bénéficier s'ils appartiennent au foyer, au sens de la CMU, d'un demandeur de RMI. Dans ce cas, leurs ressources propres ne seront pas examinées.

En application des articles R 861-2 et R.861-16 du code de la sécurité sociale (décret n°99-1004 JO du 2/12/1999 et décret à paraître), les demandes effectuées par les jeunes majeurs de 18 à 25 ans, au titre de leurs propres ressources, sont recevables :

- s'ils n'habitent pas chez leurs parents au moment de la demande (ils peuvent habiter chez un autre membre de leur famille) (R.861-2) ;
- s'ils ont procédé personnellement à une déclaration de revenus (R.861-2), ou s'ils s'engagent par une déclaration sur l'honneur à établir une déclaration en nom propre pour l'année à venir (R.861-16) ;
- s'ils n'ont pas perçu pendant l'année couverte par la dernière déclaration fiscale une pension alimentaire ayant fait l'objet d'une déduction (R.861-2), ou s'ils attestent par une déclaration sur l'honneur qu'ils ne la perçoivent plus à la date à laquelle ils effectuent leur demande à titre personnel (R.861-16).

Enfin, les mineurs ayant atteint l'âge de 16 ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus, ont également droit à titre personnel à la CMU complémentaire, en s'adressant à n'importe quelle caisse d'assurance-maladie.

1.3.2. l'appréciation des ressources

1. Conditions générales

Le droit à une protection complémentaire gratuite en matière de santé est ouvert en-dessous d'un plafond de ressources dépendant du nombre de personnes composant le foyer.

Barème mensuel applicable au 1^{er} janvier 2000

Composition du foyer	Niveau maximal de ressources
1 personne	3 500 F
2 personnes	5 250 F
3 personnes	6 300 F
4 personnes	7 350 F
A partir de 5 personnes, par personne supplémentaire	1 400 F

Modalités de prise en compte (*voir formulaire*) : les ressources du foyer sont appréciées selon des modalités très proches de celles concernant le RMI à l'exception de la période de référence. L'ensemble des ressources est pris en compte, y compris les prestations sociales.

Toutes les **ressources** des personnes composant le foyer sont à considérer **nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de CSG et de CRDS**.

Certaines prestations sont **exclues du calcul des ressources** : allocation de rentrée scolaire, allocation d'éducation spéciale, allocation pour jeune enfant... (*voir formulaire CMU complémentaire et ses mentions " n'indiquez pas ; ne déclarez pas "*).

Appréciation des prestations famille et logement

En attendant des liaisons informatiques entre les CAF et les caisses primaires, les prestations familiales sont appréciées forfaitairement par les caisses⁴ au vu de la composition de la famille et des réponses aux questions figurant au bas du formulaire de demande de prise en charge :

- “ vous percevez l'allocation parentale d'éducation »
- « vous percevez l'allocation de soutien familial »
- “ vous percevez une aide au logement ”

⁴ Y compris celle de la MSA.

Ces éléments forfaitaires d'appréciation doivent être adaptés si les prestations correspondantes n'ont pas été perçues pendant la totalité des douze mois précédant la demande.

Les forfaits appliqués par les caisses seront , selon le nombre d'enfants de moins de 20 ans :

Forfaits pour les prestations familiales

Un enfant	0 F
Deux enfants	680 F
Trois enfants	2 500 F (1 500 F s'il y a un enfant de moins de 3 ans)
Quatre enfants	3 500 F
Par enfant supplémentaire	850 F

Une réponse positive à la question « *vous percevez l'allocation parentale d'éducation* » au moment de la demande conduit à retenir le forfait indiqué (3 000 F, 2 000 F ou 1 500 F) selon le taux d'activité au moment de la demande.

Une réponse positive à la question « *vous percevez l'allocation de soutien familial* » au moment de la demande conduit à retenir le montant suivant : 480 F par enfant.

Forfaits pour l'allocation parentale d'éducation :

A taux plein	3 000 F
Temps partiel < à 50%	2 000 F
Temps partiel de 50% à 80%	1 500 F

Une réponse positive à la question « *vous percevez une aide au logement* » au moment de la demande conduit à retenir le forfait indiqué (306 F, 536 F ou 643 F selon le nombre de personnes du foyer). Par aide au logement, il faut entendre

- la perception d'une allocation logement par un membre du foyer au moment de la demande (ALS, ALF ou APL), étant précisé que les forfaits sont très inférieurs aux allocations réellement perçues en moyenne pour les niveaux de revenus concernés
- la disposition d'un logement complet et décent à titre gratuit

En aucun cas l'hébergement précaire chez un membre de la famille ou un tiers ne peut être considérée comme entraînant l'application du forfait.

Forfaits pour l'allocation ou l'avantage logement

Foyer d'une personne	306 F
Foyer de deux personnes	536 F
Foyer de trois personnes ou plus	643 F

Abattement de 30% sur les revenus d'activité

En cas de chômage notamment, pour chaque personne du foyer, l'indication d'une des situations suivantes conduit à pratiquer un abattement de 30% (comme pour les prestations familiales sous condition de ressources) sur les revenus d'activité déclarés pour chacun des membres du foyer.

Cet abattement sur justificatifs ou, en leur absence, sur déclaration sur l'honneur, est pratiqué dans les cas suivants :

- interruption de travail supérieure à 6 mois pour longue maladie
- chômage partiel ou total avec perception d'allocations
- perception de l'allocation spécifique de solidarité
- perception de l'allocation d'insertion

En aucun cas il ne doit être tenu compte des revenus d'une personne qui a quitté le foyer du demandeur dans les douze mois précédant la demande.

Personnes sans ressources

Si le demandeur n'a pas eu de ressources au cours des 12 derniers mois (Rubrique 2), les rubriques suivantes de la déclaration de ressources ne sont pas à remplir.
Compléter, dater et signer la déclaration sur l'honneur.

Déclaration sur l'honneur

Aucun justificatif n'est exigé, mais les demandeurs sont invités à joindre les éléments d'appréciation relatifs au revenus du foyer dont ils disposent, afin d'éviter que les caisses n'entreprennent des contrôles inutiles.

2. Modalités d'ouverture du droit pour les non salariés agricoles - déclaration des revenus agricoles

Le droit à une protection complémentaire gratuite en matière de santé est ouvert lorsque le non salarié agricole remplit les conditions spécifiques d'accès et de ressources.

Conditions d'accès

* l'examen direct par la caisse du régime agricole est ouvert :

- aux personnes soumises au régime d'imposition des bénéfices agricoles forfaitaires qui doivent mettre en valeur une exploitation dont le dernier bénéfice agricole forfaitaire connu n'excède pas 1030 fois le SMIC ,
- aux aides familiaux dès lors qu'ils participent à la mise en valeur de l'exploitation et dont le bénéfice agricole forfaitaire n'excède pas le montant mentionné ci-dessus ;
- aux personnes relevant de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des BIC et/ou BNC, leur dernier chiffres d'affaires hors taxes annuel devant être inférieur aux limites fiscales du régime micro-entreprise (inférieurs à 175 000 F si elles pratiquent l'activité de prestataire de service (BIC) ou s'il s'agit de BNC, inférieurs à 500 000 F s'ils pratiquent l'achat-revente) ;

* les personnes soumises au régime d'imposition des bénéfices agricoles au réel ou forfaitaire⁵, ainsi que les membres de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, ne sont pas visés par l'examen direct des conditions d'accès ; elles ont la possibilité de déposer un dossier devant le Préfet. Ce dernier, en fonction des éléments lui permettant de déterminer les ressources du foyer, pourra décider de l'examen du droit à la CMU complémentaire.

Condition de ressources

Le barème mensuel de détermination des ressources en fonction de la composition du foyer, tel que défini précédemment pour les salariés est applicable aux non salariés agricoles.

Détermination des revenus professionnels à prendre en compte pour un non salarié agricole

en métropole

Il convient de retenir au titre des revenus agricoles, les revenus professionnels qui servent de base au calcul des cotisations sociales, à savoir le revenu net fiscal provenant de l'activité agricole après retraitement de certains éléments, notamment :

- amortissements réputés différés,
- fraction de la rémunération du conjoint,

⁵ Supérieurs à 1 030 fois le SMIC pour le dernier bénéfice connu.

- frais professionnels ...

Le montant des revenus doit être déclaré à la rubrique n°12 de l'imprimé de déclaration de ressources.

Les ressources prise en compte sont celles qui ont été perçues au cours des douze mois précédent la demande pour les revenus de transfert (prestations sociales) et celles de l'année civile précédent la demande pour les revenus professionnels.

Lorsque la demande de CMU complémentaire se situe au cours de la première année d'exercice de l'activité non salariée agricole, les revenus professionnels pris en compte seront ceux de l'année civile précédent l'installation.

dans les DOM

Il convient de retenir au titre des revenus agricoles les revenus professionnels figurant sur l'avis d'imposition. En l'absence d'imposition, le préfet, sur demande de l'intéressé, déterminera les revenus professionnels en fonction des éléments d'appréciation qui lui seront fournis.

3. Modalités d'ouverture du droit pour les travailleurs indépendants - déclaration des revenus industriels et commerciaux

Modalités d'examen du droit à la CMU complémentaire

*** l'examen direct par la caisse maladie régionale du droit à la CMU complémentaire** est accessible aux personnes relevant de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des BIC et/ou des BNC **si leur dernier chiffre d'affaire annuel connu**, hors taxes, n'excède pas le montant correspondant aux limites fiscales du régime de la micro-entreprise (*article R 861-12 du code de la sécurité sociale*).

Le montant du chiffre d'affaire, doit être déclaré à la rubrique n° 12 de l'imprimé de déclarations de ressources annuelles.

Concrètement, pour pouvoir prétendre à l'examen de son droit éventuel à la complémentaire santé, le demandeur doit avoir un chiffre d'affaires :

- inférieur à 500 000 F s'il pratique l'achat revente (BIC)
- inférieur à 175 000 F s'il est prestataire de services (BIC)
- inférieur à 175 000 F s'il s'agit de BNC
(*article 7 de la loi de finances pour 1999*)

* si le chiffre d'affaire du demandeur dépasse le seuil de la micro-entreprise, et pour tenir compte de situations exceptionnelles, **le préfet peut, à titre dérogatoire, décider que ses droits à la CMU complémentaire seront examinés** au vu de tout élément d'appréciation porté à sa connaissance (*article R 861-13 du code de la sécurité sociale*).

Les personnes titulaires de revenus non salariés non agricoles autres que les BIC ou BNC ne sont pas soumises à cette condition préalable.

La déclaration proprement dite des revenus non salariés non agricoles

• Période

Les ressources à prendre en compte sont celles de l'année civile précédente.

• Revenus professionnels

Le montant des revenus doit être déclaré à la rubrique n° 12 de l'imprimé de déclarations de ressources.

Régime de croisière (*article R 861-15 du code de la sécurité sociale*)

Les revenus professionnels à prendre en compte sont ceux qui sont utilisés pour le calcul des cotisations d'assurance maladie, c'est-à-dire les revenus professionnels de l'année civile

précédente tels qu'ils sont retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les déductions, abattements et exonérations suivants :

- abattement pour adhésion à un centre de gestion agréé ou à une association de gestion agréée,
- exonération fiscale pour les créateurs d'entreprises,
- abattement pour investissement dans les départements ou territoires d'Outre-Mer,
- déduction des primes facultatives versées en matière de retraite et de prévoyance.

Par ailleurs ne doivent pas être pris en compte dans le revenu ni le report des déficits des années antérieures ni le report des amortissements réputés différés ni les plus values ou moins values à long terme.

En l'absence de revenus, ou lorsque ceux-ci ne sont pas connus, les revenus professionnels sont évalués forfaitairement (ce forfait sera fixé par un arrêté ministériel à paraître).

Toutefois, si l'intéressé a disposé de revenus professionnels inférieurs à ceux qui résultent de l'évaluation forfaitaire, il peut demander au préfet de fixer le montant qui sera retenu en produisant les éléments d'appréciation nécessaires (article R 861-15 du code de la sécurité sociale).

Début d'activité (*article R 861-13 du code de la sécurité sociale*)

- Quand la demande de CMU complémentaire se situe au cours de la première année d'activité indépendante, les revenus pris en compte sont ceux de l'année civile qui précède la création ou la reprise de l'entreprise.
- Si la demande se situe au cours des six premiers mois de la deuxième année d'activité indépendante, le revenu professionnel est établi sur la base d'une déclaration sur l'honneur accompagnée de justificatifs attestant que les revenus perçus au cours de la première année sont inférieurs au plafond réglementaire.
- Si la demande se situe au cours des six derniers mois de la deuxième année d'activité indépendante, le revenu professionnel est établi sur la base des revenus effectivement dégagés au cours de la première année.

1.4. L'exercice du droit d'option pour la gestion de la CMU complémentaire

La loi CMU donne le choix à chaque bénéficiaire de CMU complémentaire, qu'il soit le demandeur ou un membre de son foyer, de l'organisme appelé à lui servir les prestations : il peut s'agir soit d'un organisme d'assurance maladie (choix a), soit d'un organisme de protection complémentaire (choix b). Ce choix est opéré au moment de la demande (initiale ou de renouvellement) de protection complémentaire en matière de santé. Les prestations sont en tout état de cause identiques, quel que soit l'organisme retenu.

Dispositif transitoire :

La caisse d'assurance maladie invitera par courrier en mars 2000 les personnes antérieurement bénéficiaires de l'aide médicale et du RMI notamment à exercer leur droit d'option à partir de 1^{er} avril 2000. Pour les personnes qui en feront la demande, la possibilité est offerte d'exercer le droit d'option dès janvier 2000.

Deux formulaires de choix sont prévus selon la situation :

1. **choix du même organisme par toutes les personnes du foyer.** Un seul formulaire, intitulé « choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé », suffit. C'est la situation la plus fréquente et la plus simple.
2. **choix d'organismes différents par une ou plusieurs personnes du foyer.** Tous les membres du foyer bénéficiant de la CMU ne sont pas tenus de choisir le même organisme. Le second formulaire d'option, intitulé « choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé » est à remplir uniquement en cas de choix différent de celui du demandeur. Dans ce cas, il convient de remplir autant de formulaires qu'il y a de choix différents.

Le choix de l'organisme gérant la CMU complémentaire

Il s'exerce, le cas échéant pour chaque membre du foyer, entre :

*** un organisme complémentaire participant au dispositif CMU**

Si l'intéressé opte pour le cas prévu au b) de l'article L.861-4, le service de la protection complémentaire sera assuré par la mutuelle ou l'institution de prévoyance ou l'entreprise d'assurance de son choix.

Peuvent gérer les prestations CMU les organismes complémentaires qui se seront inscrits sur une liste arrêtée par le préfet de région.

NB : les organismes complémentaires, en contrepartie des prestations qu'ils versent aux bénéficiaires de la CMU, déduisent 1 500 F par an et par bénéficiaire de la taxe de 1,75% sur le chiffre d'affaire à laquelle ils sont assujettis.

*** l'organisme d'assurance maladie du demandeur ou du bénéficiaire**

Si l'intéressé opte pour le a), la protection complémentaire sera gérée par l'organisme qui lui sert les prestations en nature d'assurance maladie de son régime d'affiliation.

Cet organisme est :

* une caisse d'assurance maladie, dans le cas le plus fréquent : CPAM, CGSS, caisse de MSA (ou GAMEX), caisse d'un régime spécial de sécurité sociale ;

* une mutuelle (section locale mutualiste), lorsque celle-ci gère les prestations du régime général d'assurance maladie, par délégation de ce dernier (cas des fonctionnaires et des étudiants) ;

* un organisme conventionné pour les ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Cas des assurés fonctionnaires ou étudiants

Si l'assuré est rattaché à un centre de sécurité sociale géré par une section locale mutualiste (SLM) pour la partie " régime obligatoire " sans être adhérent mutualiste dans cette SLM pour sa protection complémentaire santé, deux cas sont possibles :

- l'assuré peut ne pas choisir d'organisme complémentaire et voir ses prestations gérées par la SLM (option a). Aucune cotisation mutualiste n'est due. Il ne devient pas adhérent mutualiste.
- l'assuré peut adhérer à un organisme complémentaire (option b), qui peut être soit cette SLM si elle est inscrite sur la liste CMU, soit un autre organisme inscrit sur la liste. Il devient adhérent mutualiste de cet organisme.

Si l'assuré est rattaché à un centre de sécurité sociale géré par une SLM et adhérent de cette dernière pour sa protection complémentaire santé, deux cas sont possibles :

- si la SLM figure sur la liste, la personne reste adhérente de cette SLM en option b, et son contrat devient un contrat CMU (prestations CMU sans cotisations).
- si la SLM ne figure pas sur la liste, son adhésion à cette SLM est résiliée. La personne n'est plus adhérent mutualiste et peut soit faire gérer sa CMU complémentaire par la SLM en option a, soit choisir un autre organisme complémentaire (option b) inscrit sur la liste.

Cas des travailleurs non salariés des professions non agricoles

Les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent également pour les ressortissants du régime des travailleurs indépendants pour lesquels un organisme conventionné par la CANAM peut servir soit les prestations d'assurance maladie en nature uniquement, soit des prestations

complémentaires santé, soit enfin ces deux types de prestations.

L'avantage de chacun des choix dépend des motivations du bénéficiaire

un avantage du choix a réside dans l'unité de gestion (guichet unique) entre protection sociale de base et protection complémentaire : l'intéressé dispose d'un interlocuteur unique pour la prise en charge de ses dépenses de soins.

un avantage du choix b) est de pouvoir bénéficier, s'il perd ultérieurement le droit à la CMU complémentaire, d'une année de prolongation auprès du même organisme complémentaire, avec les mêmes prestations, et pour une cotisation à tarif privilégié⁶.

Rappel : l'adhésion ou le contrat pendant deux ans auprès du même organisme complémentaire ouvre à l'intéressé le bénéfice de la garantie viagère prévue par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- * impossibilité de résiliation unilatérale à l'initiative de l'organisme ;*
- * maintien de plein droit, aussi longtemps que le souhaite l'intéressé, des garanties souscrites sous réserves d'accepter des conditions tarifaires de droit commun ;*
- * impossibilité d'augmentation ultérieure de tarif au motif de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé ;*
- * une augmentation de tarif ne peut résulter que d'une augmentation prévue pour l'ensemble des assurés ou adhérents auprès de l'organisme de protection complémentaire.*

Une année de droits à la CMU complémentaire, prolongée d'un an à tarif aménagé, ouvre les même garanties qu'un contrat de droit commun.

Les limites à l'exercice du choix

Dans le cas où le bénéficiaire de la CMU complémentaire est déjà assuré pour des garanties santé auprès d'un organisme complémentaire :

* si cet organisme est inscrit sur la liste CMU, le contrat ou l'adhésion antérieure est transformé en un contrat ou adhésion CMU (prestations CMU sans cotisations). Si ce contrat ou adhésion comprenait une prise en charge supérieure, l'organisme doit lui proposer pour la part qui excède le niveau de prestations de la CMU complémentaire un autre contrat à des conditions tarifaires de droit commun. A l'issue de la première année de droits à la CMU, le bénéficiaire peut choisir un autre organisme complémentaire ou d'être géré par sa caisse d'assurance maladie.

* si cet organisme n'est pas inscrit sur la liste CMU, l'adhésion ou leur contrat antérieur est résilié. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit un autre organisme (caisse ou organisme complémentaire).

* dans le cas d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise, les cotisations et les prestations prévues par ce contrat ne sont pas modifiées par l'attribution de la CMU complémentaire. En revanche, les prestations prévues par la CMU complémentaire, si elles sont supérieures à celles du contrat collectif obligatoire d'entreprise, sont servies par un organisme au choix du bénéficiaire. Cet organisme peut être celui qui sert les prestations du contrat collectif obligatoire, s'il est inscrit sur la liste CMU, ou dans le cas contraire tout organisme participant à la CMU.

Dans un tel cas, précisez le nom de l'employeur sur le formulaire de choix.

⁶ Le montant maximum de cette cotisation sera fixé par arrêté.

1.5. Les droits ouverts par la CMU complémentaire

1.5.1. Ouverture immédiate du droit à la CMU complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 prévoit que « *lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées* ».

Selon le degré d'urgence apprécié par la caisse ou l'organisme habilité, l'acceptation immédiate de la demande pourra se traduire :

- par une réponse de principe suivi de l'envoi par la caisse de l'attestation CMU complémentaire dans les 5 jours qui suivent à l'adresse indiquée par le demandeur,
- ou par une remise immédiate au demandeur de son attestation, s'il est présent ou s'il peut passer dans un centre de sécurité sociale, ou d'une télécopie de celle-ci en l'attente de recevoir cette attestation, ou d'une attestation sur papier libre établie par l'organisme habilité après contact avec la caisse.

Les cas d'admission immédiate à la CMU complémentaire recouvriront notamment tous les cas de demande du RMI auprès d'un organisme habilité formulée par un ressortissant du régime général, car les taux de rejet du RMI sont faibles, de l'ordre de 10%, et les motifs de rejets très rarement fondés sur des ressources supérieures à 3500F par mois pour une personne seule, ou sur le non-respect de la condition de régularité et de stabilité de la résidence. Les CAF transmettront aux caisse maladie les informations relatives aux demandes de RMI rejetées, aux fins éventuelles de vérification de la situation du bénéficiaire.

1.5.2. Garanties offertes par la CMU en tiers-payant

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont droit à la prise en charge, avec dispense totale d'avance de frais :

- du ticket modérateur, sur les actes (consultations de généralistes et de spécialistes, rééducation...) comme sur les prescriptions (médicaments, analyses...), dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale ;

Les médecins ont l'obligation d'appliquer les tarifs du secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMU complémentaire.

- du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes) dans les limites fixées par un arrêté interministériel⁷.

Ceci est valable sur tout le territoire, métropole et DOM, contrairement à l'aide médicale qui était souvent limitée au cadre départemental.

⁷ Cet arrêté sera publié à la fin du mois de décembre 1999.

1.5.3. Notification des droits et attestations

Les droits sont ouverts pour un an renouvelable, après examen des ressources et automatiquement pour les bénéficiaires du RMI.

1) Courrier de la caisse

La caisse d'assurance maladie notifie sa décision à l'intéressé dans un délai comme c'est souvent le cas actuellement pour l'aide médicale, en dehors des cas particuliers des travailleurs indépendants et des non salariés agricoles. L'absence de réponse dans un délai de **deux mois** à compter de la réception du dossier complet de demande d'attribution vaut réponse favorable, et donc ouverture du droit, de façon irrévocable.

Lorsque sa décision est prise, la caisse concernée transmet alors sans délai les informations relatives aux droits ouverts à l'organisme complémentaire éventuellement choisi par le bénéficiaire.

Précision pour les assurés du régime des professions indépendantes : une carte VITALE et sa fiche reflet (attestation, incluant leurs droits à la CMU complémentaire) leur seront adressées.

Envoi d'attestations en Décembre 1999 : passage automatique à la CMU

La caisse d'assurance maladie adresse mi-décembre à chaque personne concernée (bénéficiaires du RMI et de l'AMD) une attestation portant mention des droits à la CMU complémentaire pour le bénéficiaire et ses ayants droit.

L'attestation mentionne notamment :

- l'organisme d'affiliation (caisse d'assurance maladie)
- la date d'ouverture et de fin du droit à la CMU complémentaire

Cette attestation est à conserver et à présenter en même temps que la carte VITALE si cette dernière ne peut être mise à jour ou lue par les professionnels de santé, pour bénéficier du tiers payant et de la prise en charge par la CMU complémentaire.

Attention :

- Vérifiez bien le contenu de l'attestation (ouverture des droits pour le bénéficiaire et ses ayants droit)
- Assurez-vous que la personne mette à jour sa carte VITALE avant juin 2000.

Envoi des attestations aux nouveaux bénéficiaires de la CMU complémentaire

La caisse d'assurance maladie adressera à chaque nouveau bénéficiaire de la CMU complémentaire une attestation et une carte VITALE pour ceux qui n'en avaient pas.

NB : La délivrance d'un justificatif individuel (nominatif) est possible sur demande de tout ayant droit (conjoint, ascendant, ou enfant de 16 à 18 ans). Il permet à son titulaire autonome d'être remboursé de ses soins sans passer par le compte bancaire de son ouvrant droit. Ce statut élargi par la loi est qualifié « d'ayant droit autonome ».

2) Courrier de l'organisme complémentaire

En cas de choix d'un organisme complémentaire pour la gestion de la CMU complémentaire, ce dernier adresse au bénéficiaire un formulaire d'adhésion ou un contrat qui précise :

- la date à laquelle les droits sont ouverts, et où le contrat ou l'adhésion prend effet ;
- l'étendue de la CMU ;
- les conditions dans lesquelles le contrat ou l'adhésion prend fin.

Le formulaire d'adhésion ou le contrat ne peut comporter de dispositions relatives à d'autres garanties que la CMU complémentaire.

[nom & prénom du bénéficiaire]
[n° de sécurité sociale]

[Adresse expéditeur]
[ADRESSE]

[NOM & PRENOM DE L' ASSURE
[ADRESSE DE L' ASSURE]
[ADRESSE DE L' ASSURE]

date]

Madame, Monsieur,

Vous êtes actuellement assuré social en tant que bénéficiaire :

- de l'assurance personnelle,
- ou du RMI,
- ou de l'Aide Médicale,

VOTRE ASSURANCE MALADIE CHANGE. LISEZ BIEN CETTE LETTRE.

A partir du 1^{er} janvier 2000 la Couverture Maladie Universelle (CMU), remplace l'assurance personnelle et l'Aide Médicale.

Vous n'avez aucune démarche à effectuer, vos droits seront automatiquement prolongés dans le dispositif CMU.

Si vous êtes affilié à l'assurance personnelle, la CMU de base maintient les droits et les taux de remboursement que vous avez actuellement et vous n'avez pas besoin d'attestation particulière.

Si vous êtes bénéficiaire du RMI ou de l'Aide Médicale, la CMU assure une couverture complémentaire gratuite pour vous et les membres de votre foyer.

Conservez , dans ce cas, l'attestation jointe qui porte la mention des droits à la CMU complémentaire pour vous et les membres de votre foyer.

Au cours du deuxième trimestre 2000, nous vous contacterons pour vous permettre de choisir individuellement l'organisme qui assurera la gestion de votre CMU complémentaire : mutuelle, assurance, organisme de prévoyance ou caisse d'assurance maladie.

Toutefois, si vous-même ou l'un des membres de votre foyer avez déjà un contrat avec un organisme complémentaire privé, vous devez prendre contact rapidement avec cet organisme pour vérifier qu'il offre bien la CMU complémentaire. Dans le cas contraire, prenez contact avec nos services, car en tout état de cause vous avez droit à cette couverture complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

Votre correspondant

Il est inutile de vous présenter dès janvier 2000 à votre centre de paiement. Vous pouvez mettre à jour votre carte VITALE jusqu'au mois de juin 2000.

1.5.4. Recours et dispositifs pour les personnes ne pouvant bénéficier de la CMU complémentaire

Quel recours en cas de refus de la caisse d'accorder la CMU « de base » ou complémentaire ?

- pour l'affiliation au régime général sur critère de résidence, il s'agit de prestations de sécurité sociale, le contentieux relève donc des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) ;

- pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, il s'agit d'une prestation de solidarité dont le contentieux relève des commissions départementales d'aide sociale.

Quels dispositifs en cas de refus de la caisse d'accorder la CMU « de base » ou complémentaire ?

Pour les personnes en situation irrégulière ou ne remplissant pas les conditions de stabilité :

L'aide médicale Etat est accessible. Les droits sont ouverts auprès des CPAM.

Pour les personnes dont les ressources sont supérieures au barème :

Les fonds de secours des caisses, des collectivités locales ou des mutuelles peuvent intervenir pour prendre en charge ticket modérateur, forfait journalier ou dépassements.

Chapitre 2 L'affiliation au régime général (CMU de base)

2.1. La garantie de l'effectivité du droit à une couverture de sécurité sociale relève de trois principes fondamentaux

Immédiateté

Toute personne déclarant ne pas bénéficier d'une couverture de base est affiliée sans délai au régime général d'assurance maladie sous critère de résidence, ainsi que ses ayants droit.

L'affiliation est effective dès le dépôt de la demande : la CPAM (CGSS pour les départements d'outre-mer) ouvre immédiatement les droits aux prestations en nature et fait ensuite les recherches nécessaires pour savoir si le demandeur n'avait pas des droits déjà ouverts, au titre d'un autre régime obligatoire.

S'il ne remplit aucune des conditions pour être affilié à un régime obligatoire, le demandeur sera maintenu au régime général au seul titre de sa résidence, et sera redevable le cas échéant d'une cotisation.

Si des droits sont déjà ouverts auprès d'un autre régime obligatoire, le demandeur sera réintégré dans son régime d'origine : le dossier est transféré sans rupture de droits par la CPAM (CGSS) qui en informe l'assuré.

Si des droits sont déjà ouverts à un autre titre au régime général (ayant droit, personne en maintien de droit, ou bénéficiaire d'une prestation ouvrant droit : AAH, API), la personne restera affiliée au régime général à ce titre, sans avoir à payer la cotisation prévue pour l'affiliation au critère de résidence.

Continuité des droits

Une caisse ne peut cesser de verser des prestations à une personne affiliée sur critère de résidence que si elle a préalablement vérifié qu'une autre caisse prend le relais à un autre titre. Ce principe de continuité des droits, est valable pour l'ensemble des régimes et donc des assurés.

Contributivité

Seules les personnes dont le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition est supérieur à un seuil fixé par décret (*voir fiche "cotisations"*) sont redevables d'une cotisation. Le non paiement de la cotisation n'autorise pas, - en vertu du principe de continuité des droits -, les régimes obligatoires de sécurité sociale à suspendre les droits, en dehors du cas de mauvaise foi prévu par le législateur. Dans ce dernier cas, les ayants droit ne sont pas concernés par la suspension des droits.

POINT SUR LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ

Le projet de décret en Conseil d'Etat portant diverses mesures d'application de la loi CMU, qui sera publié avant la fin décembre 1999, prévoit de porter la **durée du maintien du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité à quatre ans**.

Les bénéficiaires du maintien de droit sont principalement des personnes ne remplissant plus les conditions pour relever d'un régime obligatoire de salarié ou de non salarié, des ayants droit d'un assuré décédé ou l'ayant droit divorcé d'un assuré ou des chômeurs parvenus au terme de leur indemnisation ou non indemnisés. Elles seront maintenues dans le régime dont elles relevaient pendant toute cette période.

L'affiliation éventuelle au régime général sur critère de résidence n'est nécessaire et possible qu'à l'issue de cette période de maintien de droits.

Nb : pour éviter des ruptures de droit, une disposition permet aux personnes dont le maintien de droit initial d'un an aux prestations en nature des assurances maladie et maternité arrive à échéance après le 31 décembre 1999 de bénéficier d'un maintien supplémentaire de ce droit pendant trois ans à compter de cette date d'échéance.

2.2. Passage des assurés personnels au régime général sur critère de résidence (CMU « de base »)

L'assurance personnelle offrait jusqu'au 31 décembre 1999 une couverture de base aux personnes résidant en France qui n'étaient pas rattachées à l'un des régimes existants du fait d'une affiliation professionnelle, d'un lien familial ou ou bénéficiaire d'une prestation ouvrant droit, et n'ayant par conséquent pas droit aux prestations en nature (remboursement des soins) d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Le droit aux prestations restait cependant conditionné par le paiement de cotisations, même si plusieurs dispositions permettaient à son bénéficiaire de voir ses cotisations prises en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers.

Ce mécanisme d'affiliation à l'assurance personnelle avec prise en charge des cotisations par un tiers était complexe et pouvait entraîner des ruptures de droits, en cas de non paiement des cotisations.

Le 31 décembre 1999, l'assurance personnelle est supprimée et remplacée par une affiliation au régime général sur critère de résidence (CMU « de base »).

A noter : la CMU de base est toujours assurée par le régime général, mais les assurés personnels qui dépendaient du régime agricole continuent à être "gérés" par ce régime.

Le transfert de l'assurance personnelle vers la CMU de base est automatique, sans que l'assuré personnel ait de démarches à effectuer, ni de justificatifs à fournir. Désormais, aucune attestation de versement des cotisations ne sera plus à fournir pour bénéficier du remboursement des prestations.

La CMU de base maintient les droits et les taux de remboursement, qui sont ceux du régime général d'assurance maladie, dont l'assuré personnel disposait en 1999.

Si l'assuré personnel payait des cotisations en 1999, la caisse (ou CGSS pour les DOM) effectue un nouveau calcul à partir de décembre 1999, sur la base des ressources déclarées en juin 1999. Si la personne le souhaite, ses cotisations seront calculées sur la base du nouveau critère de ressources prévu par la loi : le revenu fiscal de référence (*voir fiche "cotisations"*).

Attention : l'appel des cotisations change par rapport à l'ancien système : le règlement des cotisations interviendra à la fin de **chaque trimestre**.

Chaque assuré personnel reçoit un courrier au mois de décembre 1999 l'informant de sa nouvelle affiliation à la CMU de base et l'invitant à prendre contact avec sa

caisse pour mettre à jour sa carte VITALE dans le premier semestre 2000.

Attention : l'affiliation à la CMU de base est obligatoire. Demandez à votre interlocuteur si il a bien reçu le courrier qui l'informe du remplacement de son assurance personnelle par la CMU de base.

Dans le cas contraire, qui peut-être dû à un changement d'adresse de l'assuré, prenez contact avec la caisse dont il relevait afin de vous assurer que le transfert de l'assurance personnelle vers la CMU « de base » a bien été opéré ou, si ce n'est pas le cas, afin que la caisse procède au transfert sans nouvelle constitution de dossier pour le bénéficiaire. La présentation de la carte VITALE d'assuré personnel de 1999 suffit pour être affilié à la CMU de base.

A noter : afin d'éviter toute rupture de droits, la carte VITALE, même non mise à jour, sera acceptée par les professionnels de santé au début de l'année 2000, qui ne tiendront plus compte de la date de fin de droit mentionnée sur la carte.

2.3 La demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence

Deux cas de figure peuvent se présenter :

2.1. Demande de CMU de base et de CMU complémentaire simultanément

Pour les personnes dépourvues de droit à l'assurance-maladie, c'est le cas le plus simple et le plus fréquent.

Dans ce cas, il faut commencer par remplir la demande de prise en charge et la déclaration de ressources pour la protection complémentaire (*voir formulaire et fiches "CMU complémentaire – Composition du dossier"*). En effet, si le demandeur bénéficie de la CMU complémentaire, la déclaration de ressources pour la base n'est pas à remplir : il reste à signer la déclaration sur l'honneur et à remplir la demande de prise en charge.

Voir aussi la fiche "ouverture du droit en urgence".

2.2. Demande de CMU de base uniquement (*voir fiche "CMU de base – Composition du dossier"*)

En pratique, le demandeur peut s'adresser au guichet d'une CPAM (CGSS), sans avoir à rechercher préalablement de quel régime il relève.

Il peut également présenter sa demande par l'intermédiaire des services sociaux de son département, de sa commune ou d'une association agréée.

Si la personne n'a pas de domicile fixe, elle doit élire domicile auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association (*voir fiche "domiciliation"*).

Pour déposer sa demande d'affiliation et bénéficier de l'ouverture immédiate des droits, il doit

- fournir un justificatif de résidence stable et régulière : la carte nationale d'identité ou un titre de séjour pour les étrangers (*voir les pièces justificatives de la fiche "CMU de base – Composition du dossier"*)
- remplir la demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence

Pour un traitement plus rapide de la demande, ces pièces peuvent être transmises par télécopie par l'organisme qui a instruit la demande à la CPAM (CGSS), qui ouvre le droit à la CMU de base dès leur réception. A partir de cette date, le demandeur doit renvoyer à la CPAM (CGSS) la déclaration de ressources annuelles dans le délai d'un mois.

A noter : si la personne est en mesure de présenter les papiers et les documents requis pour la déclaration de ressources dès l'ouverture du droit, **il est recommandé de transmettre à la CPAM (CGSS) l'ensemble des documents** (demande d'affiliation et déclaration de ressources) **dans le même temps**, afin d'éviter de multiplier les démarches avec la CPAM (CGSS) et assurer un traitement plus rapide du dossier du demandeur.

Les ayants droit de plus de 16 ans en rupture familiale disposent d'un accès autonome à l'assurance maladie : la possibilité leur est offerte, sur demande, d'obtenir un justificatif de droits en leur nom propre et d'être personnellement remboursés de leurs dépenses de santé sans passer par le compte **bancaire** de l'assuré dont ils demeurent l'ayant droit.

Cette possibilité existe aussi pour la protection complémentaire : *Voir fiche "composition du*

foyer et demande autonome de CMU complémentaire ”.

CMU « de base » - Composition du dossier

Le formulaire “ Demande d’affiliation au régime général sous critère de résidence et déclaration de ressources pour la protection maladie de base ” se compose de deux parties distinctes :

- la demande de prise en charge qui permet d’ouvrir immédiatement les droits
- la déclaration de ressources annuelles qui complète le dossier

Les deux volets du formulaire doivent être complétés et signés avant d’être adressés, conjointement lorsque c’est possible, à la caisse d’assurance maladie dont relève le demandeur.

1. La demande de prise en charge

A. Rubriques

Il n’est pas impératif de répondre à toutes les questions. Ne remplissez que ce qui est obligatoire : les rubriques qui justifient de l’identité et de la résidence stable et régulière du demandeur, et la déclaration sur l’honneur.

Vous laisserez en blanc les autres rubriques auxquelles vous ne pouvez apporter de réponse.

Vous trouverez sur la notice jointe au formulaire les informations d’aide au renseignement des dossiers.

Quelques précisions vous sont apportées ci-dessous.

a) Le demandeur :

Indiquez le n° de sécurité sociale, si la personne en a connaissance et le code de l’organisme qui figure sur l’attestation Vitale, si la personne en a une

Si la personne n’a pas de domicile fixe, précisez l’organisme auprès duquel elle a élu domicile (*voir fiche “ domiciliation ”*)

La situation familiale du demandeur : elle permet d’établir éventuellement son statut d’ayant droit

exemples : concubin, PACS...

b) Le conjoint ou le concubin : personne qui vit en couple avec le demandeur ou PACS

c) Les autres personnes à charge : ayants droit

Indiquez, dans la mesure où ces informations sont connues, et pour chaque ayant droit, le nom et le prénom, le lien de parenté avec le demandeur, la date de naissance, le n° de sécurité sociale, et le code organisme s'il est différent de celui du demandeur.

d) La situation du demandeur et celle de son conjoint ou de son concubin au regard de l'assurance maladie

“ vous ne bénéficiez actuellement d'aucune couverture maladie obligatoire ”

Indiquez le nom et l'adresse de l'organisme qui remboursait les soins, s'il y en avait un

“ vous êtes affilié(e) à un régime obligatoire sans droits ouverts aux prestations en nature ”

C'est le cas des non salariés ou des salariés sans droits ouverts

“ vous êtes salarié(e) ” (ou stagiaire de la formation professionnelle, ou en arrêt de travail indemnisé,

Indiquez le nom et l'adresse de l'employeur

“ vous êtes employeur ou travailleur non salarié ”

“ vous êtes sans activité professionnelle ”

- vous êtes inscrit(e) à l'ANPE comme demandeur d'emploi

- vous êtes indemnisé(e)

- vous avez été indemnisé(e)

“ vous êtes dans une autre situation “

Indiquez les situations particulières : étudiant, hospitalisé.

e) La déclaration sur l'honneur : à dater et à signer

f) Le cachet de l'organisme ainsi que les noms et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

Remarque : indiquez le n° de téléphone où la CPAM peut vous joindre.

B. Pièces justificatives pour une première demande ou en cas de renouvellement si la situation du demandeur a changé :

- la carte d'identité et/ou fiche d'état-civil, ou le livret de famille seulement, si la demande est faite à la caisse
- le livret de famille ou la fiche familiale d'état-civil pour chacun des membres du foyer
- un justificatif de stabilité de résidence : *voir fiche " Critères de résidence "*

Pour les élèves et les étudiants, à partir de 16 ans :

- ♦ certificat de scolarité

Pour les personnes de nationalité étrangère (hors UE et Espace Economique Européen)

- ♦ un justificatif de la régularité du séjour en France :

A défaut, la preuve de la résidence régulière peut être apportée par tout moyen.

*Pour plus de précisions, voir
la fiche " Critères de
résidence "*

2. La déclaration de ressources

La période de référence est l'année civile précédant la déclaration

Le demandeur : indiquez le **nom**, le **prénom** et le **n° de sécurité sociale**

A. Rubriques : se référer en annexe au formulaire et à sa notice.

Si le demandeur bénéficie de la protection CMU complémentaire, ou s'il bénéficie du RMI, la suite de la déclaration de ressources (rubriques 1 à 12) n'est pas à remplir : il n'aura pas de cotisations à acquitter au titre de la couverture de base.

Si le demandeur n'a pas eu de ressources l'année civile précédant la déclaration, (rubrique 2), la suite de la déclaration de ressources n'est pas à remplir.

Si le demandeur joint à sa demande son avis d'imposition, inscrire à la rubrique 3 le montant du revenu fiscal de référence (figurant sur l'avis). Les rubriques suivantes (4 à 12) ne sont pas à remplir.

Si le demandeur présente sa déclaration d'impôt, il n'a pas à remplir les rubriques. Le technicien de la CPAM (CGSS) ou de la MSA les complètera lui-même.

Dans ces trois cas, ne pas oublier de dater et de signer la déclaration sur l'honneur au bas du formulaire.

B. Pièces à fournir

Avis d'imposition ou déclaration d'impôt

Attestation de RMI

Bulletins de paie

Relevés de prestations

A défaut, une déclaration sur l'honneur peut être établie par le demandeur.

La CPAM notifie par courrier aux assurés l'ouverture de leurs droits. Elle vérifie ensuite, si le demandeur n'est pas déjà bénéficiaire de droits ouverts au titre d'un autre régime obligatoire. (*Voir fiche " Notification du droit "*)

Pour l'examen des cotisations, voir fiche "*cotisations*".

<h2>CMU de base – calcul de la cotisation</h2>
--

Les bénéficiaires de la CMU de base sont exonérés de cotisations si le revenu fiscal de référence est inférieur à 42 000 F.

Si une personne bénéficie de la CMU complémentaire, les droits à la CMU de base sont ouverts automatiquement, sans cotisations, donc sans déclaration de ressources.

Au-delà du seuil de contributivité de 42 000 F, la cotisation au régime d'assurance maladie est strictement proportionnelle aux ressources au taux de 8% au delà du seuil.

Exemple : pour un revenu fiscal de 52 000 F, la cotisation sera de 8% de 10 000 F (52 000 F – 42 000 F), soit 800F annuels.

La cotisation n'est pas exigible si son montant est inférieur à 400 F par an,

L'appel à cotisation change par rapport à l'ancien système : le règlement des cotisations intervient désormais le dernier jour de chaque trimestre civil (31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre), au prorata de la cotisation totale calculée pour un an.

Pour une cotisation de 800 F par an, l'assuré devra payer 200 F chaque trimestre.

La cotisation est due pour la période qui débute le 1^{er} octobre et se termine le 30 septembre de l'année suivante. (Pour l'assurance personnelle, cette même période allait du 1^{er} juillet au 30 juin).

Pour les personnes nouvellement affiliées au régime de résidence, la CPAM (CGSS) ou la MSA adresse sans délai la déclaration de ressources, si elle n'a pas été transmise lors de la demande d'affiliation. Celle-ci doit être retournée à la caisse dans un délai maximum d'un mois. Chaque année, la CPAM (CGSS) adresse à chaque personne affiliée au régime général une déclaration de ressources **avant le 1^{er} août**. Les assurés sont tenus de la retourner avant le **15 septembre**.

Dérogation applicable aux anciens assurés personnels durant la période transitoire (1^{er} janvier au 30 septembre 2000)

La loi prévoit pour les assurés personnels au 31 décembre 1999 automatiquement affiliés au régime CMU de base le 1^{er} janvier 2000 un calcul des cotisations sur la base des ressources calculées en juin 1999 : **revenus nets de frais passibles de l'impôt sur le revenu**, jusqu'à l'appel annuel des cotisations du 1^{er} octobre 2000. Si la personne le souhaite, elle peut effectuer une nouvelle déclaration avant cette date. La CPAM ou la MSA calculera la cotisation sur la base de la nouvelle assiette déclarée : **revenu fiscal de référence**.

Cette disposition transitoire a pour objet d'éviter, dans le plus grand nombre des cas, une nouvelle déclaration de ressources, au 1^{er} janvier 2000, pour les anciens assurés personnels, permettant ainsi de réaliser dans les meilleures conditions la transition vers le nouveau régime de résidence.

Annexes

Formulaires

Les formulaires de demande sont à adresser aux caisses maladie, soit par les demandeurs, soit par les services sociaux, les CCAS, les associations agréées, les établissements de santé. Ils se décomposent en quatre volets, indépendants le cas échéant, tous comportant une notice d'information et d'utilisation, un volet d'identification et, si nécessaire, un volet de déclaration de ressources :

1. demande de couverture de base (affiliation au régime général sur critère de résidence)

Ce formulaire, exclusivement destiné à une caisse primaire d'assurance maladie, peut être utilisé seul, par les personnes non éligibles à la couverture complémentaire. Son volet d'identification permet de repérer correctement le demandeur et ses ayants-droit éventuels, et de préciser la situation sociale et les raisons de l'absence de droits. Le volet ressources n'est à remplir effectivement que pour les personnes déclarant plus de 42 000 F de revenus, et la fourniture de l'avis d'imposition permet de ne remplir que la rubrique « revenu fiscal de référence ». Les bénéficiaires du RMI ou de la CMU complémentaire renseignent seulement le volet identification.

2. demande de couverture complémentaire CMU avec choix d'un organisme servant les prestations complémentaires

Ce formulaire sera le plus souvent utilisé indépendamment du précédent. Son volet ressources est systématique et très proche de celui en vigueur pour le RMI, puisque les conditions d'examen sont voisines. Les volets identification et ressources sont exclusivement destinés à la caisse maladie qui prend par délégation du préfet, la décision d'attribution de la CMU complémentaire.

Le choix de l'organisme servant les prestations complémentaires figure nécessairement sur un volet séparé, puisqu'il est destiné à l'organisme choisi par le demandeur, caisse ou organisme complémentaire. Accompagné de sa notice, il vise à donner sur ce point une information complète du demandeur sur son droit d'option et sur les conséquences du choix qu'il exerce, sous réserve de ne pas déjà être affilié à un organisme complémentaire participant à la CMU. Ce volet comprend deux variantes :

- la plus fréquemment utilisée correspond à la situation où tous les membres du foyer sont au même organisme de base, et choisissent le même organisme servant les prestations complémentaires, auquel cas ce seul volet d'option suffit,
- la situation moins courante est celle où toutes les personnes du foyer du demandeur ne sont pas affiliées au même régime (le conjoint ou un enfant est indépendant ou exploitant agricole ou à un autre caisse ou régime) ou choisissent des organismes différents pour servir leurs prestations complémentaires, auquel cas le demandeur remplit un volet d'option pour chaque situation de son foyer.