

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

Assurance maladie et complémentaire santé solidaire
2^e édition à jour des réformes de 2020



groupe
d'information
et de soutien
des immigré·es

La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale	1
I. Une première condition générale pour la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie : travailler ou résider en France	5
A. Travailler en France, sans forcément y résider	5
B. Résider en France	6
C. Les pensionnés d'un régime français (retraite, réversion, invalidité ou accidents du travail-maladies professionnelles) ne résidant pas en France (CSS, art. L. 160-3)	11
II. La condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois	21
A. Les ambiguïtés de l'expression « stabilité de la résidence »	21
B. Le principe de la condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois	21
C. Les exceptions à l'exigence d'un justificatif d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois	22
III. La condition de régularité du séjour	26
A. Une obligation générale	26
B. Les personnes ressortissantes de pays tiers à l'UE / EEE / Suisse	27
C. Les personnes ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse	37
D. La frontière « assurance maladie » versus « AME » et les conséquences du séjour irrégulier sur les droits à l'assurance maladie	39
E. Les personnes étrangères non soumises à une condition de régularité du séjour	41
IV. La justification de l'identité	47
V. La complémentaire santé solidaire : les conditions d'accès pour les personnes étrangères	49
A. La demande de complémentaire santé solidaire en pratique : délais, ouverture des droits et renouvellement	49
B. Première condition : bénéficier de la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie	51
C. Deuxième condition : justifier de faibles ressources	53
Annexes	59
1. Sigles et abréviations	59
2. Textes juridiques	61
3. Formulaire Cerfa n° 15763*02 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie »	75

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

Assurance maladie et complémentaire santé solidaire

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 santé. En termes juridiquement précis, il s'agit du rattachement à une caisse d'assurance maladie⁽¹⁾ pour la prise en charge des frais de santé (soins et biens médicaux⁽²⁾), antérieurement dénommés les « prestations en nature » de l'assurance maladie.

Cette note présente d'abord la condition générale d'ouverture des droits, à savoir travailler ou résider en France (I), puis s'attache aux trois obstacles que rencontrent les personnes étrangères : une condition d'ancienneté de présence en France (II), une condition de régularité du séjour (III), la justification de l'identité (IV). Cette nouvelle édition est augmentée d'une présentation des conditions d'accès à la « complémentaire santé solidaire » (V) qui s'adresse aux assurés sociaux disposant de faibles ressources et qui a remplacé, depuis le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire CMU (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Cette publication prend en compte les dernières réformes intervenues depuis la précédente édition (novembre 2017).

Elle ne porte pas sur :

- les mesures temporaires prises à partir de mars 2020 à l'occasion de la pandémie de Covid-19 ;
- la prise en charge des soins reçus hors de France⁽³⁾ ;
- les complémentaires santé privées (assurances privées, mutuelles, institutions de prévoyance) ;

(1) *Caisse du régime général (CPAM, CGSS), de la Mutualité sociale agricole (MSA), etc.*

(2) *La prise en charge des frais de santé dans le cadre de l'assurance maladie-maternité concerne la couverture des frais de médecine générale et spécialisée, 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 généralement pas 100 % des frais de santé engagés, une partie des frais pouvant être laissée 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 ce type de prise en charge, voir sur le site du Gisti la page « Maladie, maternité, soins, santé » (www.gisti.org/spip.php?article2413 accessible via « Le droit »/« Réglementation »/« Protection sociale »).*

- l'aide médicale d'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière;
- le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) à l'hôpital;
- les permanences d'accès aux soins de santé (Pass);
- les prestations en espèces de la sécurité sociale, comme les indemnités journalières maladie, maternité ou paternité (« congés maladie », « congés maternité », « congés paternité »).

Remarque : *au sujet de l'aide médicale d'État (AME), du dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) à l'hôpital, des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), des autres lieux de soins et de prévention accessibles sans protection maladie ou encore de l'interruption volontaire de grossesse, on pourra se reporter à la note pratique Sans papiers, mais pas sans droits, 7^e édition, octobre 2019 (accessible en ligne sur le site du Gisti).*

→ 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 (accessible via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »)

→ Voir également le Centre ressources du Comede et en particulier le nouveau *Guide Comede 2021* accessibles sur www.comede.org

Attention ! Le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) sera recodifié en 2021. Les numéros d'articles de ce code cités dans cette Note pourraient donc être modifiés.

L'ouverture des droits à l'assurance maladie et à la complémentaire santé solidaire ne peut être subordonnée à la production d'un relevé d'identité bancaire (RIB)

Le formulaire Cerfa n° 15763*02 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » indique dans la rubrique « *Pièces justificatives. Vous devez fournir* » : « *Pour le versement de vos prestations : votre relevé d'identité bancaire (n° IBAN)* ». De même, dans le formulaire « Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel » (Cerfa 15 680*01, n° S1110) pour un ancien ayant droit majeur ou un mineur d'au moins 16 ans qui souhaite devenir assuré, il est indiqué que l'imprimé doit être retourné « *accompagné d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN)* ». Précisons que l'exigence supplémentaire d'un n° IBAN exclut les comptes d'épargne ou sur livret.

Et, de fait, il est très fréquent que les caisses bloquent une demande non accompagnée d'un RIB ou qu'elles refusent un compte d'épargne (livret A ou autre). L'insistance des caisses à exiger un RIB avec IBAN est liée à la volonté de sécuriser les transactions financières lors des remboursements de frais, de privilégier les virements bancaires sur les autres modes de paiement, et également d'accéder

aux comptes bancaires et de contrôler les ressources, notamment lors de l'examen des droits à la complémentaire santé solidaire.

S'il est certes très utile pour une personne de disposer d'un compte bancaire et, à défaut d'un tel compte, de parvenir à faire valoir son droit au compte⁽⁴⁾, il n'est pas obligatoire d'en disposer et, surtout, l'ouverture des droits sociaux ne peut être subordonnée à la possession d'un compte et à la production d'un RIB. Et, a fortiori, rien ne permet de refuser un relevé de compte d'épargne.

La Cour de cassation a rappelé qu'une caisse de sécurité sociale ne pouvait refuser une prestation pour défaut de production d'un RIB⁽⁵⁾. Le Défenseur des droits a également rappelé à de multiples reprises et pour de nombreux droits sociaux que l'exigence d'un RIB n'avait pas de fondement légal⁽⁶⁾.

Conscientes du problème, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou les caisses générales de sécurité sociale (CGSS en Outre-mer)⁽⁷⁾ ont très légèrement assoupli leur position, par exemple, en indiquant, parmi les pièces à fournir, la formulation « *RIB (dans la mesure du possible)* »⁽⁸⁾. S'agissant de l'affiliation des nouveaux étudiants étrangers, une circulaire récente précise également que le RIB « *n'est pas obligatoire dans un premier temps pour opérer le rattachement* »⁽⁹⁾, une information également rappelée sur le site dédié à cette affiliation (etudiant-etranger.ameli.fr). Certaines caisses précisent que « *le RIB peut être transmis ultérieurement* » ou encore que « *pour les assurés détenteurs uniquement d'un compte sur livret, une attestation sur l'honneur précisant qu'ils ne possèdent pas de compte bancaire doit être jointe* »⁽¹⁰⁾. La Cnam constatant que, « *comme l'ouverture d'un compte bancaire suppose la présentation d'une déclaration de domiciliation [...], le demandeur d'asile ne dispose pas de compte bancaire au stade de son passage au guichet unique [et] il conviendra donc de procéder à la création du dossier sans disposer de [RIB]* ». Mais la Cnam précise néanmoins que ce RIB « *devra être fourni dans un deuxième temps [en même temps que la déclaration de domiciliation]* »⁽¹¹⁾. L'exigence d'un RIB, même retardée, est cependant toujours rappelée, alors qu'elle n'a pas de fondement légal.

(4) Voir la fiche « *Ouverture d'un compte bancaire, droit au compte* » dans Sans papiers, mais pas sans droits, Gisti, coll. Les Notes pratiques, 7^e édition, octobre 2019 (consultable en ligne sur le site du Gisti).

(5) « *Qu'en subordonnant ainsi l'affiliation effective de Mme à une condition afférente au service des prestations et non prévue par la loi, alors qu'elle constatait que cette dernière réunissait les conditions d'affiliation au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès fixées par le texte susvisé, la cour d'appel a violé ce dernier* » (Cour de Cassation, 21 juin 2018, n° 17-13.468).

(6) Voir la rubrique « *RIB* » sur le site du Gisti à la page « *Banques – droit au compte – RIB – transferts d'argent* » : www.gisti.org/spip.php?article5243 (accessible via « *Le droit* » / « *Réglementation* » / « *Protection sociale* »).

(7) Les sigles utilisés dans cette note sont développés en annexe 1, p. 59.

(8) CPAM 93, Bulletin info partenaires n° 2, 26 juin 2017.

(9) Cnam, circulaire CIR-20-2019, Étudiants : Réforme relative à la prise en charge des étudiants, 12 juillet 2019.

(10) CPAM 93, Bulletin info partenaires n° 6, 12 août 2019.

(11) Cnam, circulaire CIR-14/2019, Présentation du droit d'asile et protection sociale des demandeurs d'asile, 9 juillet 2019.

Rappelons par ailleurs que le droit prévoit que les paiements en matière d'assurance maladie-maternité peuvent être effectués sur le compte bancaire d'un tiers si ce dernier est conjoint, concubin, pacsé ou enfant à charge de l'assuré, voire n'importe quel tiers ayant reçu une délégation, et que par ailleurs la caisse peut toujours payer les prestations par la poste (code de la sécurité sociale [CSS], R. 362-1⁽¹²⁾).

Enfin, en matière d'aide médicale de l'État (AME), rappelons que « *la production d'un relevé d'identité bancaire (RIB) par le demandeur n'est pas nécessaire à la constitution du dossier de demande, d'autant que la prise en charge des prestations par l'AME est assortie de la procédure de dispense d'avance des frais* » (circulaire du 8 septembre 2011). Un tel raisonnement devrait prévaloir également pour les assurés sociaux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, également dispensés de toute avance de frais.

(12) Voir également la Lettre-réseau Cnam, LR-DDGOS-45/2017, 7 juin 2017.

I. Une première condition générale pour la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie : travailler ou résider en France⁽¹³⁾

Pour être rattachée à un régime de sécurité sociale pour la prise en charge de ses frais de santé, une personne étrangère doit exercer une activité professionnelle (A) ou, à défaut, résider de façon stable et régulière en France (B)⁽¹⁴⁾. La personne remplissant l'une ou l'autre de ces conditions peut, en outre, être tenue de justifier de la « *stabilité* » ou de l'« *ancienneté ininterrompue de plus de 3 mois* » de sa résidence en France (II., p. 21), de la régularité de son séjour (III., p. 26) et de son identité (IV., p. 47). Les personnes ne résidant pas en France et titulaires de certaines pensions, allocations ou rentes d'un régime français peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé lors de leur séjour temporaire en France (C., p. 11).

A. Travailler en France, sans forcément y résider

Les personnes exerçant de façon légale une activité professionnelle, salariée ou non, sur le territoire français bénéficient de la prise en charge de leurs 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⁽¹⁵⁾. L'activité professionnelle se prouve par tout moyen. Le formulaire Cerfa n° 15763*02 « 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

(13) On entend par « France » pour l'application de la prise en charge des frais de santé prévue dans le code de la sécurité sociale et dans cette Note : la métropole, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin (CSS, L. 111-2). 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 Singularités du droit des personnes étrangères dans les Outre-mer, Gisti, coll. Les Cahiers juridiques, janvier 2018. Voir également sur le site du Gisti la page « Protection sociale » portant sur l'Outre-mer : www.gisti.org/spip.php?article2247 (accessible via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »).

(14) CSS, art. L. 111-1, L. 160-1, L. 160-5.

(15) Selon des instructions internes (par exemple, CPAM 93, Bulletin info partenaires n° 2, 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^{er} janvier pour un contrat de travail daté du 1^{er} janvier mais reçu le 5 janvier), alors que pour un rattachement sur critère de résidence le début du droit a lieu en principe à la date du dépôt de la demande (sauf cas particuliers liés à l'ouverture rétroactive de droits à la complémentaire santé solidaire, ex-CMU-C, voir également le Guide du Comede www.comede.org).

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 par son employeur à un régime français de sécurité sociale (CSS, art. L. 160-1 et R. 111-2-2).

Ne sont pas non plus soumis à une condition de résidence certains membres de famille à la charge d'une ou d'un assuré du régime de sécurité sociale français, qui ne résident pas en France mais qui bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen⁽¹⁶⁾.

B. Résider en France

Pour bénéficier de la prise en charge de ses 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), terminologie qui renvoie à la notion de « *résidence habituelle en France* ». Cette condition connaît quelques exceptions (voir I. B. 4., p. 10 et I. C., p. 11).

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*⁽¹⁷⁾ ». 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'« *ancienneté de résidence ininterrompue de plus de 3 mois* » (voir II.).

1. 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 les autres conditions suffisant à attester de cette condition de résidence).

Le principal problème qui se pose est dû à la pratique des caisses qui refusent l'ouverture des droits au motif fallacieux que d'hypothétiques droits seraient ouverts dans un autre pays, lequel pourrait donc prendre en charge les frais de santé en France, alors même que l'intéressé-e a quitté ce pays et s'est installé-e en France.

(16) CSS, art. L. 160-4, 2°. Voir également infra I. B. 4., p. 10.

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

Les refus ou blocages au prétexte d'une possible couverture par le système de sécurité sociale du précédent pays de résidence

Des caisses refusent d'ouvrir les droits pour la prise en charge de soins reçus en France au motif que la personne pourrait relever du système de sécurité sociale de son pays d'origine ou du dernier pays de résidence, et que les frais engagés pour des soins reçus en France pourraient être pris en charge par ce système (le même problème se pose parfois pour des personnes qui demandent l'AME).

Une caisse française est en effet en droit d'invoquer un principe de subsidiarité qui veut que, si les frais de santé peuvent relever et être financés par un autre système de sécurité sociale dans le cadre d'un accord international, cet autre système prime⁽¹⁸⁾.

La plupart du temps, les possibilités de prise en charge de soins reçus en France par le pays de provenance, 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, celles qui utilisent la carte européenne d'assurance maladie lors de leur séjour temporaire dans un autre pays européen que leur pays de résidence). Dès lors, renvoyer les personnes s'installant et résidant en France vers le système de sécurité sociale de leur pays de provenance, alors qu'une telle procédure est uniquement destinée à des personnes en séjour temporaire en France et qui n'y résident pas, est un détournement du principe de subsidiarité.

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 très rare car cela concerne des cas particuliers, essentiellement les pensionné-es 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 (EEE) et qui viennent s'installer en France. Dans ces hypothèses, si la personne peut demander à la caisse de sécurité sociale de son pays de provenance (UE / EEE / Suisse) un formulaire qu'elle pourra remettre à la caisse française⁽¹⁹⁾, celle-ci peut aussi prendre contact avec le pays de provenance, à travers le point de contact prévu dans le cadre de la coordination européenne ou des conventions bilatérales.

(18) L'article L. 111-1 du CSS pose en effet 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 ». L'article L. 111-2-2 du CSS précise également que les personnes exerçant une activité professionnelle, qu'elle soit non salariée ou exercée pour le compte d'un employeur, « sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code [...] sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens ». Enfin, l'article R. 111-3 affirme que « peuvent bénéficier [de l'assurance maladie, de la complémentaire santé solidaire, etc.], 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 ».

(19) Le formulaire S1 pour les pensionnés dans le cadre de la coordination des systèmes de sécurité sociale au sein de l'EEE. Il existe d'autres formulaires dans le cadre de conventions bilatérales de sécurité sociale.

Et dès lors que la personne 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⁽²⁰⁾), il est abusif de la part de la CPAM/CGSS d'exiger d'elle qu'elle entreprenne elle-même une démarche vaine. La caisse peut parfaitement le vérifier elle-même.

Sur ce point, les choses semblent évoluer lentement mais positivement: selon une circulaire récente de la Cnam, « *l'attestation de fin de droits du pays d'origine demeure une pièce nécessaire à l'étude de la demande* » d'ouverture des droits à l'assurance maladie pour un-e ressortissant-e de l'UE / EEE / Suisse n'exerçant pas d'activité professionnelle en France⁽²¹⁾, mais cette circulaire ajoute: « *Lorsque le demandeur n'est pas en capacité de fournir cette attestation, il est donc souhaitable qu'il l'indique par écrit et joigne ce courrier au dossier. Ainsi, l'absence d'attestation de fin de droits ou de courrier du demandeur attestant de l'incapacité de produire ce document ne doit pas bloquer une première instruction du dossier [...]. L'attestation de fin de droits sera alors sollicitée directement par [le service chargé de l'examen des droits des ressortissants UE / EEE / Suisse inactifs] auprès de l'État membre concerné. En l'absence de réponse de la part de l'État membre dans un délai d'un mois [et en l'absence de pièce permettant] de déterminer si la personne est couverte ou non (formulaire E104 par exemple / SED 040 « Demande de périodes » et So41 « Réponse à la demande de périodes ») [...], la personne sera considérée comme ne disposant pas de droits ouverts dans ce pays. »*

Une information d'une CPAM reprend cette préconisation de la façon suivante: « *L'attestation de droit ou de fin de droits demeure une pièce obligatoire. Néanmoins, si le dossier est complet à l'exception de cette attestation, le dossier est transmis au service expert [...] qui sollicite directement le régime de protection sociale du pays de provenance [...]. [Néanmoins] une attestation sur l'honneur [...] est à compléter par le demandeur et à joindre obligatoirement pour les dossiers constitués à compter du 23/09/2019⁽²²⁾. »*

Cette caisse propose un modèle d'attestation sur l'honneur⁽²³⁾.

Lors de la demande d'ouverture des droits, il est donc recommandé, surtout lorsqu'on vient d'un autre pays de l'EEE, de joindre un courrier ou une attestation sur l'honneur précisant que l'on n'est pas couvert par une sécurité sociale étrangère pour la prise en charge des soins en France.

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

(21) Cnam, circulaire CIR-41/2019, Prise en charge des frais de santé des ressortissants communautaires inactifs, 18 décembre 2019.

(22) CPAM 93, Bulletin info partenaires n° 6, 12 août 2019.

(23) « *Attestation sur l'honneur – Ressortissant communautaire européen – Droit à l'Assurance Maladie dans le pays de provenance* » (www.ameli.fr/sites/default/files/declaration_sur_honneur_droit_ressortissants_europeens_cpam93.pdf). Figure aussi dans Bulletin info partenaires n° 6, 12 août 2019 (sur le site du Gisti).

2. La condition de résidence pour les personnes déjà assurées sociales

Les problèmes liés à la condition de résidence se posent surtout à une personne déjà assurée sociale qui veut le demeurer pour conserver son droit à une prise en charge des frais de santé. Elle doit avoir son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, ou, à défaut, son lieu de séjour principal (présence effective pendant plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations)⁽²⁴⁾. Un contrôle périodique est effectué par les caisses d'assurance maladie. Il s'agit dès lors de distinguer les séjours temporaires hors de France, par exemple pour des vacances (pas de coupure des droits pendant la période d'absence) et les situations de départ définitif du territoire français (coupure des droits).

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 droits cessent au premier jour du 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)⁽²⁵⁾.

Les difficultés sont plus grandes encore 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 habituelle 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, il est conseillé de ne pas s'absenter du territoire français plus de 6 mois au total (180 jours) par année civile (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre) et de ne pas oublier non plus de déclarer ses revenus à l'administration fiscale ; l'absence de déclaration de revenus (qui est obligatoire quel que soit leur montant) est en effet désormais connue des caisses, ce qui les conduit à présumer que l'intéressé-e ne réside plus en France.

3. 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⁽²⁶⁾ ;

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

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

(26) Voir plus loin pour les titulaires d'une carte ou titre spécial délivré par le ministère des affaires étrangères qui peuvent néanmoins être pris en charge (III. B. 3. e., p. 35).

- 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 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-es de l'UE / EEE / Suisse entré-es en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

4. Les membres de famille non soumis à une condition de résidence

a) Les enfants mineurs à la charge d'une ou d'un assuré social

Un enfant mineur peut être couvert en tant qu'ayant droit d'une ou d'un assuré social. En dérogation à l'article L. 160-1 du CSS, la seule condition exigible est qu'il soit à la charge de cet assuré-e (CSS, art. L. 160-2). En général, le fait pour un enfant d'être à la charge d'une ou d'un assuré social qui réside en France implique que cet enfant vive avec cette personne et donc qu'il réside lui-même en France. Cependant, ce n'est pas toujours le cas et aucune disposition législative n'impose une telle condition ; en conséquence, un enfant, vivant hors de France, peut être à la charge d'une ou d'un assuré social et ainsi être un ayant droit mineur. Depuis 2016, une disposition réglementaire limite toutefois cette exemption aux seuls « *cas prévus par les conventions internationales et les règlements européens* » (CSS, art. R. 111-2).

b) Les autres membres de famille

Les membres de famille à la charge d'un-e assuré-e du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France peuvent bénéficier d'une prise en charge uniquement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen (CSS, art. L. 160-4 2°). Il s'agit surtout des membres de famille d'un-e assuré-e exerçant une activité professionnelle en France, ou ayant exercé mais n'exerçant plus d'activité professionnelle en France. Cette possibilité existe dans le cadre de l'espace économique européen (UE / EEE / Suisse). Il convient de vérifier

les conventions bilatérales qui prévoient une telle possibilité de prise en charge de membres de famille ne résidant pas en France⁽²⁷⁾.

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

Une exception importante à la condition de résidence stable et régulière est prévue par l'article L. 160-3 du CSS⁽²⁸⁾. Elle concerne des personnes pensionnées d'un régime français qui ne résident plus en France mais qui peuvent bénéficier lors de leur séjour temporaire de la prise en charge des frais de santé en France⁽²⁹⁾. Cette exception est légitime et juste puisque ce sont des personnes qui, quelle que soit leur nationalité et quand bien même elles ne résident plus en France, ont travaillé et contribué au système d'assurance maladie (cotisations sociales et CSG) et peuvent d'ailleurs continuer de le faire puisque des cotisations spécifiques sont toujours prélevées à cette fin sur les pensions des non-résidents⁽³⁰⁾.

Cependant, non seulement une restriction a été apportée le 1^{er} juillet 2019 avec l'exigence d'une durée minimale d'assurance de 15 années (sauf exceptions), mais surtout il existe un grand écart entre le droit et la pratique : si le dispositif semble fonctionner pour les personnes non résidentes de nationalité française ou ressortissantes d'un État membre de l'UE / EEE / Suisse, tel n'est pas le cas pour bon nombre de personnes non ressortissantes d'un État membre de l'UE / EEE / Suisse, notamment celles ne disposant pas d'un titre de séjour portant la mention « retraité ». Elles sont exclues quasi systématiquement.

Remarque : *l'article L. 160-3 du CSS concerne des personnes, quelle que soit leur nationalité, résidant en dehors d'un pays UE / EEE / Suisse. En effet, la personne, quelle que soit sa nationalité, pensionnée d'un régime français (pension de retraite, d'invalidité ou rente d'accident du travail ou maladie professionnelle) et résidant dans un pays de l'UE, de l'EEE ou la Suisse, bénéficie lors de son séjour temporaire en France de la prise en charge des frais de santé dans le cadre des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, texte de portée supérieure à l'article L. 160-3 du CSS⁽³¹⁾.*

(27) Voir Gisti et Comede, La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux, coll. Les Cahiers juridiques, 3e édition, 2016, ainsi que la page « Textes internationaux » sur le site du Gisti via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale ».

(28) D'autres exceptions figurent à l'article L. 160-4 du CSS.

(29) Outre l'article L. 160-3 du CSS, plusieurs instructions, bien que contestables sur certains points, peuvent être utiles : instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019 relative à la prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France des pensionnés résidant à l'étranger ; circulaire Cnam CIR-42/2019 du 18 décembre 2019. Voir également le site dédié du Centre national des retraités de France à l'étranger (Cnarefe) : www.ameli-rfe.fr

(30) Voir l'article L. 131-9 du CSS sur les taux de cotisations particuliers pour les non-résidents non assujettis à la CSG et qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé, et en particulier pour les retraités (CSS, art. D. 242-8).

(31) Dans un tel cas, le plus simple est de se munir d'une carte européenne d'assurance maladie.

L'article L. 160-3 vise donc à étendre la prise en charge de personnes pensionnées, quelle que soit leur nationalité, résidant dans un pays en dehors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse.

1. Droit à la prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires en France pour certain-es pensionné-es non résident-es

La prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires en France de pensionné-es d'un régime français résidant à l'étranger concerne tous types de frais de santé en France, les soins inopinés comme les soins programmés.

Remarques :

– cette disposition permet la prise en charge par l'assurance maladie mais ne permet pas l'accès à la complémentaire santé solidaire (C2S). En cas de reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD), une prise en charge à 100 % des frais de santé liés à cette affection est néanmoins possible⁽³²⁾ ;

– un tel dispositif consistant pour des personnes non résidentes à demander une prise en charge spécifique lors de séjours temporaires n'est pas sans risque : celui de les enfermer dans un « statut » de personnes non résidentes, préjudiciable dès lors qu'elles deviennent de fait résidentes en France car cela risque d'entraver leur accès aux dispositifs de protection maladie plus pérennes destinés aux personnes résidant en France (prise en charge par l'assurance maladie et complémentaire santé solidaire, AME, DSUV).

Cette prise en charge est subordonnée à des conditions : bénéficiaire de certaines pensions, rentes ou allocations et, pour certaines d'entre elles et sauf exception, justifier d'une durée d'assurance d'au moins 15 ans.

a) Bénéficiaire de certaines pensions, rentes ou allocations

Pour être pris-es en charge, les pensionné-es résidant à l'étranger doivent bénéficier de l'une des pensions, rentes ou allocations suivantes :

(a) pension ou rente de vieillesse ou pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

(b) 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 ;

Remarques :

– les bénéficiaires d'une rente AT-MP servie exclusivement par le régime agricole sont exclus-es par l'article L. 160-3 du CSS lui-même ;

– les bénéficiaires d'une rente AT-MP (et leurs enfants à charge) résidant dans un État

⁽³²⁾ Ce qui est déjà le cas de toutes personnes non résidentes et couvertes dans le cadre d'un texte international (coordination européenne ou convention bilatérale de sécurité sociale). Le site du Cnarefe indique que pour obtenir une reconnaissance d'ALD (ou son renouvellement), le protocole de soins pour la pathologie doit être réalisé par un médecin en France et doit être envoyé à l'adresse suivante : Assurance Maladie – À l'attention du Service médical - 77605 Marne-La-Vallée Cedex 03.

qui n'a pas négocié de convention bilatérale de sécurité sociale avec la France (ou dont la convention bilatérale ne prévoit pas de dispositions relatives à la prise en charge de leurs soins) sont exclu-es, sans fondement légal, par simple instruction ministérielle⁽³³⁾. Cette exclusion est en outre contraire au principe d'égalité de traitement exigé par la convention n° 19 de l'OIT.

(c) pension d'invalidité ou pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

(d) aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants (ancienne aide à la réinsertion familiale et sociale, prévue à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles).

Les membres de famille ayants droit (non résidents) peuvent-ils être rattachés et bénéficier de la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France ?

L'article L. 160-3 prévoit que seuls peuvent en bénéficier les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et qui sont à la charge des pensionné-es de retraite [catégorie (a) ci-dessus] ou des bénéficiaires d'une rente AT-MP [catégorie (b) ci-dessus] bénéficiant eux-mêmes déjà de la prise en charge.

En revanche, ne sont pas prises en charge les personnes majeures à charge, telles que les conjoint-es (non titulaires d'une pension d'un régime français à titre personnel), sauf dans le cadre des règlements européens (en cas de résidence du membre de famille dans un autre pays de l'EEE) ou si une convention bilatérale le prévoit (CSS, art. L. 160-4). Ce qui est rare. Seules six conventions bilatérales prévoient une telle prise en charge du ou de la conjointe lors de séjours temporaires en France : Andorre, Monaco, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon. Et il faut en outre, dans le cas d'Andorre, de la Polynésie Française et de Saint-Pierre-et-Miquelon, que l'ouvrant droit soit « mono-pensionné », c'est-à-dire qu'il ne reçoive aucune pension du pays de résidence⁽³⁴⁾.

b) Justifier d'une durée d'assurance d'au moins 15 ans, sauf exceptions

Cette condition a été ajoutée pour les pensionné-es de retraite ou d'invalidité [catégories (a) et (c) ci-dessus] par une réforme entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2019. Ces personnes doivent bénéficier d'une pension de retraite ou d'invalidité d'un régime français rémunérant une durée d'assurance supérieure ou égale à 15 années, c'est-à-dire justifier sur leur relevé de carrière avoir cotisé au moins 60 trimestres à un ou plusieurs régimes obligatoires de sécurité sociale français au cours de leur carrière professionnelle.

Remarque : pour les personnes ne remplissant pas cette condition de 15 ans, mais dont les droits avaient été ouverts avant la date de mise en vigueur de cette nouvelle restriction (1^{er} juillet 2019), des instructions prévoient que l'affiliation à l'assurance maladie sera

(33) Instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019.

(34) Voir notamment l'annexe 2 de la circulaire CIR-42/2019 du 18 décembre 2019 (conventions bilatérales prévoyant la prise en charge des frais de santé des membres de la famille du pensionné lors de séjours temporaires en France).

maintenue si les intéressés bénéficient d'une pension rémunérant une durée d'assurance d'au moins 10 ans en France. Pour ceux dont la pension rémunère une durée d'assurance comprise entre 5 ans et moins de 10 ans en France, leurs droits resteront ouverts en tout état de cause pendant une période transitoire de 3 ans à compter du 1^{er} juillet 2019, soit jusqu'au 1^{er} juillet 2022⁽³⁵⁾.

Cette condition de durée d'assurance de 15 années ne s'applique pas dans les cas suivants :

- si la personne perçoit une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle (AT-MP) [catégorie (b) ci-dessus] ;
- si la personne perçoit l'aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants [catégorie (d) ci-dessus] ;
- si, en vertu d'une convention bilatérale de sécurité sociale⁽³⁶⁾, soit la prise en charge des frais de santé de la personne pensionnée lors de ses séjours temporaires en France est prévue (Andorre, Monaco, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon)⁽³⁷⁾, soit la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés à la personne pensionnée dans l'État de résidence habituelle (Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Macédoine, Serbie, Monténégro, Maroc, Tunisie). Il faut en outre que les personnes soient « mono-pensionnées », c'est-à-dire qu'elles reçoivent uniquement une pension de la France et aucune pension de leur État de résidence (n'ont toutefois pas à remplir cette exigence les personnes résidant à Monaco, en Nouvelle-Calédonie et au Québec)⁽³⁸⁾.

De façon positive, la condition de durée d'assurance de 15 ans (depuis le 1^{er} juillet 2019) permet la prise en charge par la France :

- de toutes les personnes ressortissantes des pays susmentionnés (ou les Français-es résidant dans ces pays) dès lors qu'elles sont « mono-pensionnées » (elles perçoivent une pension d'un régime français mais pas de leur pays de résidence), et peu importe la durée d'assurance en France. La réforme a d'ailleurs été portée par des acteurs défendant les personnes retraitées, françaises ou étrangères, qui résident dans certains de ces pays comme le Maroc et la Tunisie, mais elle s'est faite au détriment d'autres personnes pensionnées qui ne résident pas dans les pays susmentionnés (par exemple qui résident en Algérie ou en Turquie) ;

(35) *Instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019.*

(36) *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 Gisti et Comede, La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux, coll. Les Cahiers juridiques, 3e édition, 2016, ainsi que sur le site du Gisti, la page « Textes internationaux » via « Le droit »/« Réglementation »/« Protection sociale ».*

(37) *C'est théoriquement le cas pour les Algérien-nes mais uniquement dans le cadre très restrictif de soins programmés (cf. protocole, annexé à la convention générale de sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980, relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie).*

(38) *En vertu des conventions avec l'Andorre, la Polynésie française, Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi que la Bosnie-Herzégovine, le Kosovo, la Macédoine, la Serbie, le Monténégro, le Maroc et la Tunisie. Voir notamment l'annexe 1 de la circulaire Cnam CIR-42/2019 du 18 décembre 2019 (liste des conventions bilatérales prévoyant la prise en charge des frais de santé des pensionnés lors de séjours temporaires en France).*

– de toutes les personnes, françaises ou étrangères, ayant cotisé plus de 15 années en France, y compris les « bi-pensionnées » (titulaires de pensions dans les deux pays).

Remarque : dès lors que la personne justifie de ces 15 années, plus aucune autre condition n'est exigée. C'est un aspect positif de la réforme entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2019. Auparavant, la prise en charge prévue par l'article L. 160-3 du CSS était conditionnée au fait de ne pas pouvoir être pris en charge par la sécurité sociale du pays de résidence en vertu d'une convention bilatérale de sécurité sociale, ce qui excluait des personnes retraitées « bi-pensionnées » percevant à la fois une pension d'un régime français et d'un régime de leur pays de résidence, parmi lesquelles un nombre croissant de personnes de nationalité française installées dans des pays hors UE / EEE / Suisse. Cet obstacle est désormais supprimé dès lors que la personne justifie d'une pension (retraite ou invalidité) de droit français rémunérant une durée d'assurance de 15 ans ou plus.

De façon négative, en revanche, la modification intervenue le 1^{er} juillet 2019 empêche désormais toute prise en charge par la France pour les autres personnes pensionnées (retraite et invalidité) résidant en dehors de l'UE / EEE / Suisse et ayant une durée d'assurance inférieure à 15 années en France⁽³⁹⁾. Il s'agit :

– des personnes pensionnées résidant dans un pays n'ayant pas conclu de convention bilatérale avec la France ;

– des personnes pensionnées pour lesquelles soit la convention bilatérale ne prévoit pas de dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé, soit prévoit que la France n'est pas exclusivement compétente pour la prise en charge de leurs soins de santé dispensés dans l'État de résidence, c'est-à-dire que la charge doit être partagée entre les deux États. De nombreuses conventions bilatérales sont concernées⁽⁴⁰⁾.

2. Les démarches

Pour bénéficier de la prise en charge, la personne retraitée doit effectuer une inscription sur le site du Centre national des retraités de France à l'étranger (Cnarefe) : www.ameli-rfe.fr

Le Cnarefe est un service centralisé du régime général (géré par la CPAM/CGSS de Melun) qui traite la prise en charge des frais de santé en cas de séjour temporaire en France des pensionné-es de vieillesse et de réversion résidant hors UE / EEE / Suisse titulaires d'une pension de retraite servie par le régime général.

Le site du Cnarefe contient une rubrique « Les questions fréquemment posées (FAQ) ». Le Cnarefe ne dispose pas de points d'accueil physique et ne peut être joint par e-mail (seules les personnes disposant déjà d'un compte Ameli peuvent

⁽³⁹⁾ L'administration en charge de ces questions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) parle à juste titre de « durcissement » : « Couverture maladie en France des retraités résidant à l'étranger (hors UE / EEE / Suisse) : durcissement des conditions d'accès », 1^{er} juillet 2019, www.cleiss.fr/actu/2019/1907-15-ans-acces-maladie-retraites.html

⁽⁴⁰⁾ C'est le cas des pays suivants ayant conclu une convention avec la France : Algérie, Argentine, Bénin, Brésil, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée du Sud, Côte d'Ivoire, États-Unis, Gabon, Guernesey, Inde, Israël, Japon, Jersey, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Philippines, Saint-Marin, Sénégal, Togo, Turquie, Uruguay.

communiquer depuis leur espace personnel Ameli). Il peut être joint par voie postale ou par téléphone⁽⁴¹⁾.

Une fois l'inscription demandée en ligne, et sauf si le Cnarefe récupère les informations autrement, la personne reçoit un e-mail (ou un courrier si elle n'a pas fourni d'adresse e-mail) lui demandant d'envoyer par voie postale d'autres pièces telles que la copie d'une pièce d'identité et/ou du titre de séjour⁽⁴²⁾, la copie de la notification de retraite mensualisée du régime général français (ou des régimes spéciaux intégrés au régime général) précisant le nombre de trimestres de cotisation⁽⁴³⁾, un RIB aux nom et prénom de la personne et mentionnant les codes IBAN-BIC du compte bancaire en France ou, si le compte bancaire est à l'étranger, une attestation de la banque reprenant un certain nombre d'informations⁽⁴⁴⁾.

L'inscription va permettre également à la personne de bénéficier d'une carte Vitale si elle n'en dispose pas déjà⁽⁴⁵⁾.

Attention ! À ce jour, et plus de 5 ans après l'entrée en vigueur de l'article L. 160-3, il n'existe aucune information concernant la prise en charge :

– des pensionné-es qui n'ont jamais cotisé au régime général mais ont cotisé à un (ou plusieurs) autre(s) régime(s) de base de sécurité sociale, par exemple au régime agricole⁽⁴⁶⁾. Le Cnarefe est en effet un service centralisé pour les pensionné-es de vieillesse et de réversion titulaires d'une pension de retraite servie par le régime général. Il faut que la personne ait cotisé à un ou plusieurs régimes obligatoires de sécurité sociale français au cours de sa carrière professionnelle dont « *tout ou partie au régime général ou à un régime spécial intégré au régime général* » ;

– des titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP, du régime général comme des autres régimes de base de sécurité sociale. Les circulaires sont muettes sur le sujet, aucun site dédié n'existe, aucune information ne figure sur les sites du ministère et des caisses nationales (le Cnarefe est réservé aux seul-es retraité-es). Le droit est resté lettre morte pour ces personnes.

(41) CPAM de Seine-et-Marne – Cnarefe – 77605 Marne-la-Vallée CEDEX 03 – Tel : +33 1 84 90 10 05 (01 84 90 10 05 depuis la France).

(42) Ou la copie de la notification d'assurance privée dès lors que le demandeur a indiqué au Cnarefe au moment de sa préinscription en ligne qu'il est titulaire d'un visa Schengen (voir annexe 3 de la circulaire Cnam CIR-42/2019 du 18 décembre 2019).

(43) Demande faite seulement si le demandeur n'est pas identifié par le Cnarefe, si le demandeur a cotisé moins de 9 trimestres au régime général ou si le Cnarefe ne dispose pas des informations sur le nombre de trimestres cotisés (voir annexe 3 de la circulaire Cnam CIR-42/2019 du 18 décembre 2019).

(44) Le Cnarefe rappelle que « dans le cadre de virements internationaux, des frais peuvent être appliqués par les établissements bancaires ».

(45) Alors que les personnes transférant leur résidence hors de France sont en général tenues de restituer leur carte Vitale (CSS, art. L 161-15-4), il est au contraire demandé aux pensionné-es d'un régime de sécurité sociale français (pension de retraite personnelle, de réversion, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'invalidité) et aux bénéficiaires de l'aide à la vie sociale et familiale des anciens migrants dans leur pays d'origine de conserver leur carte Vitale. Voir le formulaire Cerfa n° 15717*01 « Déclaration de transfert de résidence hors de France ».

(46) Aucune information ne figure par exemple sur le site de la MSA.

3. Les pratiques illégales de refus opposés aux personnes ressortissantes d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse

En pratique, les personnes pensionnées ressortissantes d'un pays hors UE / EEE / Suisse sont de fait exclues de cette disposition, sauf celles possédant une carte mention « retraité »⁽⁴⁷⁾. Les refus sont contestables en droit mais, opposés à des personnes particulièrement démunies et vulnérables, ils ne sont pas contestés.

a) L'exigence contestable d'une condition de régularité du séjour pour les personnes ressortissantes d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse

L'article L. 160-3 du CSS est conçu comme une dérogation à la condition de résidence stable et régulière en France, prévue par les articles L. 160-1 et L. 160-5 du CSS, appliquée aux personnes ne résidant pas en France. Une telle condition ne devrait donc pas être exigée des ressortissantes d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse.

Pourtant, sans fondement légal, l'administration exige d'elles la régularité du séjour : « *Les pensionnés de nationalité étrangère doivent justifier de la régularité de leur séjour en France pour s'ouvrir des droits à la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires* » et doivent produire « *tout titre ou visa autorisant à séjourner/circuler en France, conformément à la législation française du droit au séjour, y compris ceux qui ne sont pas mentionnés dans l'arrêté du 10 mai 2017*⁽⁴⁸⁾. »

Le site du Cnarefe précise que cette exigence est levée pour les citoyens UE / EEE / Suisse ainsi que pour les personnes ressortissantes d'un pays tiers dispensées de visa. Dans ce dernier cas, comme le visa autorise un séjour d'une durée maximale de 90 jours, le Cnarefe demande la production du passeport en cours de validité pour vérifier que la personne est autorisée à séjourner.

Pour les autres ressortissant-es d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse, le Cnarefe indique que doivent être produits soit une « *carte de résident retraité*⁽⁴⁹⁾, *carte de séjour retraité, certificat de résidence algérien retraité* », soit un visa Schengen.

b) Une restriction supplémentaire contestable : la limitation aux seuls titres de séjour portant la mention « retraité » et aux seuls visas Schengen

Cette limitation par le Cnarefe n'est d'abord pas conforme à la circulaire ministérielle précitée qui parle de « *tout titre ou visa autorisant à séjourner/circuler en France* ».

Cette limitation est d'autant plus curieuse que, avant l'été 2019, le site du Cnarefe indiquait d'ailleurs que pouvait être produit :

– « tout » visa court ou long séjour⁽⁵⁰⁾ ;

– une carte de résident ou un certificat de résidence algérien de 10 ans. Les personnes non résidentes au sens du code de la sécurité sociale peuvent tout à fait régulièrement

(47) Depuis au moins sa codification à l'article L. 160-3 du CSS au 1^{er} janvier 2016.

(48) Instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019.

(49) Nota : la « *carte de résident retraité* » n'a pas d'existence légale dans le Ceseda.

(50) « sauf visa Schengen » (voir infra).

détenir une telle carte puisqu'elle ne se périmé que si la personne quitte la France « pendant une période de plus de trois ans consécutifs » voire davantage « si l'intéressé en a fait la demande soit avant son départ de France, soit pendant son séjour à l'étranger » (Ceseda, art. L. 314-7).

c) L'exclusion des retraité-es n'ayant pas droit à un titre de séjour mention « retraité »

La limitation aux seuls titres portant la mention « retraité » revient à exclure les personnes ressortissantes d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse qui n'ont donc pas le droit d'accéder à un tel titre puisqu'il est soumis à la condition d'avoir résidé en France sous couvert d'une carte de résident⁽⁵¹⁾. Or de nombreuses personnes étrangères, titulaires d'une pension d'un régime français, ont pu séjourner en France, y travailler et y cotiser sans jamais avoir détenu une carte de résident et ne peuvent donc pas obtenir de titre portant la mention « retraité ». Par exemple, elles ont pu séjourner et travailler munies de titres de séjour aujourd'hui disparus (l'ancienne carte de résident temporaire par exemple) ou d'autres titres de séjour aujourd'hui très largement répandus : cartes de séjour temporaire ; cartes de séjour pluriannuelles (de 2 à 4 ans), etc. Ces personnes, désormais non résidentes, ne pourront donc jamais obtenir une carte portant la mention « retraité » ; elles auront, compte tenu des pratiques consulaires, de grandes difficultés pour obtenir un visa Schengen, seule autre possibilité permise formellement pour accéder à la prise en charge des frais de santé, et si, malgré les nombreux obstacles, elles parvenaient à obtenir ce visa, d'autres limitations contestables leur seront opposées.

d) La prise en charge des frais de santé avec le visa Schengen : oui formellement, impossible en pratique

Jusqu'en 2019, le Cnarefe acceptait tout visa court ou long séjour mais pas le visa Schengen qui « seul ne permet pas l'affiliation à l'Assurance Maladie en France⁽⁵²⁾ ».

Depuis, c'est l'inverse, le seul visa accepté par le Cnarefe est le visa Schengen⁽⁵³⁾. Ce changement, qui s'est opéré au prix de l'exclusion des détenteurs des autres visas, est cependant de pure façade. Sauf à de très rares exceptions et seulement après de fastidieuses démarches auprès de l'assureur privé, la personne munie d'un visa Schengen ne peut pas, en réalité, bénéficier de la prise en charge des frais de santé.

En effet, se basant sur le fait que ce visa est attribué en justifiant d'une assurance privée couvrant les frais de santé inopinés à hauteur minimum de 30 000 €, l'administration oblige la personne à recourir à cette assurance privée en priorité sur la prise

(51) « L'étranger qui, après avoir résidé en France sous couvert d'une carte de résident, a établi ou établit sa résidence habituelle hors de France et qui est titulaire d'une pension contributive de vieillesse, de droit propre ou de droit dérivé, liquidée au titre d'un régime de base français de sécurité sociale, bénéficie, à sa demande, d'une carte de séjour portant la mention "retraité" » (Ceseda, art. L. 317-1).

(52) FAQ du Cnarefe jusqu'en août 2019. La ministre des solidarités et de la santé a annoncé l'extension aux détenteurs de visas Schengen dans un courrier du 9 juin 2019 (en ligne sur le site du Gisti).

(53) Instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019.

en charge par l'assurance maladie⁽⁵⁴⁾. Lors de l'inscription, le site du Cnarefe indique ainsi que « *seuls les frais non couverts par cette assurance privée devront être adressés [...] pour remboursement, accompagnés d'une attestation de refus de prise en charge de l'assurance privée* ».

Cette interprétation visant à faire prévaloir l'assurance privée est contraire en droit au caractère obligatoire de la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie. C'est bien le cas pour toutes les personnes, françaises ou non, qui disposent d'assurances privées qui interviennent après l'assurance maladie pour rembourser ce que cette dernière ne prend pas en charge. L'assurance maladie peut être subsidiaire à un autre système de prise en charge financière uniquement si un accord international le prévoit⁽⁵⁵⁾. Ce caractère obligatoire est affirmé par le droit positif⁽⁵⁶⁾ et a été rappelé plusieurs fois par le Conseil constitutionnel ou la jurisprudence de la Cour de cassation⁽⁵⁷⁾.

Ce caractère obligatoire vaut également pour la prise en charge des frais de santé des pensionné-es non résident-es au titre de l'article L. 160-3 du CSS. C'est d'ailleurs explicitement en raison de son caractère obligatoire que des cotisations spécifiques

(54) « Afin de ne pas contrecarrer l'application [des dispositions relatives à l'attribution des visas] et, le cas échéant, décharger les assureurs de la couverture qui leur incombe, les caisses d'assurance maladie compétentes demanderont à l'appui du document de séjour, une copie de la notification de l'assurance privée dès la demande d'affiliation du pensionné. Elles l'informeront de son obligation de solliciter en premier lieu son assureur privé pour la prise en charge de ses soins inopinés, sous peine de réclamation d'indus » (instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019).

« Une copie de la notification de l'assurance privée sera sollicitée par le Cnarefe dès la demande d'affiliation du pensionné en précisant qu'il convient de donner la priorité à l'assureur privé en cas de soins inopinés, puisque ces soins relèvent en premier lieu de sa compétence » (circulaire Cnam CIR-42/2019 du 18 décembre 2019).

« Les soins dispensés à des pensionnés titulaires d'un visa Schengen qui sont couverts par l'assurance privée qu'ils doivent obligatoirement souscrire pour leurs frais de santé lors de leurs séjours en dehors de leur pays de résidence » et « seuls les frais non couverts par cette assurance privée devront être adressés au Cnarefe pour remboursement, accompagnés d'une attestation de refus de prise en charge de l'assurance privée » (FAQ du site du Cnarefe, consulté en août 2020)

(55) Comme le rappellent les articles L. 111-1 et L. 111-2-2 du CSS.

(56) « 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 [...] » (CSS, art. L. 111-2-1). *Des sanctions pénales sont prévues à l'encontre de* « toute personne qui [...] incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale » ou à l'encontre de « toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale » (CSS, art. L. 114-18). *L'affiliation obligatoire, le cas échéant d'office, au régime général par les CPAM/CGSS pour les prestations en nature de l'assurance maladie (ancien article R. 380-2 du CSS) n'a jamais cessé* : « Les caisses primaires d'assurance maladie sont habilitées à procéder d'office à l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé des personnes mentionnées à l'article L. 160-5 lorsqu'elles ont connaissance qu'elles remplissent les conditions prévues par cet article » (CSS, art. D. 160-2 III).

(57) Cour de cassation, civ. 2, 19 juin 2008, n° 07-14-338, publié au Bulletin.

sont prélevées sur leurs pensions⁽⁵⁸⁾. Le renvoi vers une assurance privée est dès lors très contestable. Et les personnes bénéficiant, à titre obligatoire, de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France ne devraient pas être obligées de payer une assurance privée pour obtenir un visa.

Les refus de prise en charge des frais de santé des pensionné-es non résident-es ressortissant-es d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse devraient être contestés, qu'ils soient fondés sur l'absence de titre ou de visa, ou du « bon » titre ou du « bon » visa, ou motivés par le renvoi vers l'assurance privée des pensionné-es produisant un visa.

Les recours ne sont toutefois pas faciles à mettre en œuvre pour les personnes concernées (âgées et non résidentes) et, à notre connaissance, à ce jour, aucun recours contentieux n'est en cours.

(58) « Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1. » « Les pensions de retraite des personnes pouvant bénéficier de la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France en vertu des dispositions de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale et de la présente instruction sont assujetties à la cotisation d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 131-9 du même code. » (*instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019*).

II. La condition d'ancienneté de présence ininterrompue de plus de 3 mois

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

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

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

D'une part, aux articles L. 111-1, L. 111-2-3, L. 160-5, L. 160-6, le terme désigne la résidence (habituelle) sur le territoire français (dans le sens développé au point I. B.). 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⁽⁵⁹⁾ peut laisser croire 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 l'expression « ancienneté de présence » qui est plus précise et non pas celle de « stabilité de la résidence » qui induit de la confusion avec la condition de « résidence habituelle en France ».

B. 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'y installe (voir I.), ou qui y réside légalement (voir III) n'est pas éligible immédiatement à la prise en charge des frais de santé (qu'elle s'acquitte ou non de cotisations). Elle se voit opposer un délai de carence de 3 mois. Par exception, ce délai n'est pas opposable dans certains cas (voir *infra* C.).

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 3 mois, le formulaire Cerfa n° 15763*02 (2020) indique que peut être fournie « *toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois* ».

Selon ce formulaire, ce peut être :

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

« – Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone fixe⁽⁶⁰⁾ successives, factures d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité, attestation de demande d'asile datée de plus de trois mois... ;

– 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 ;

– 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. »

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

1. Les personnes ouvrant des droits à la prise en charge des frais de santé 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 sur critère d'activité professionnelle (voir I. A. p. 5). L'exemption de condition d'ancienneté de présence vaut également pour l'accès à la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C).

2. Les ayants droit mineurs à charge d'un·e assuré·e social·e

Les mineur·es à charge d'une personne assurée sociale (déjà présente en France) entrent 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 3 mois n'est pas exigible. En toute hypothèse, s'agissant d'une condition identique qui s'appliquait avant la réforme intervenue en 2016, le Conseil d'État avait indiqué qu'une telle condition d'ancienneté de présence ne pouvait pas être opposée à un mineur ayant droit⁽⁶¹⁾.

3. Les personnes visées à l'article D. 160-2 du CSS

L'article D. 160-2 liste les cas de figure dans lesquels un justificatif de présence ininterrompue de plus de 3 mois ne peut pas être exigé :

– les bénéficiaires de certaines prestations sociales : prestations familiales, aides au logement, allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), allocation

(60) La limitation aux seuls téléphones « fixes » a été introduite dans le Cerfa en 2020.

(61) « 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 définissant l'affiliation sur critère de résidence] sont [...] soumis à la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de 3 mois, il n'en est pas de même des ayants droit mineurs, qui sont dispensés de cette condition » (Conseil d'État, 23 décembre 2010, n° 335738).

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 vie 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, qui remplissent les conditions prévues par l'article L. 160-3 du CSS pour la prise en charge des frais de santé lors de leurs séjours temporaires (voir I. C. p. 11).*

– les réfugié·e·s statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire ;

Remarque : *les apatrides statutaires ne sont pas exemptés (la condition d'ancienneté de présence de 3 mois leur est applicable).*

– les personnes mineures qui demandent l'asile ou qui sont à la charge d'une personne demandant l'asile ;

Remarque : *depuis 2020, les demandeurs d'asile adultes ne sont plus exemptés ; tant qu'ils ne remplissent pas la condition d'ancienneté de présence de 3 mois, ils sont renvoyés vers le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) à l'hôpital.*

– les personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger ;

– les étudiant·e·s (plus précisément, toute personne inscrite dans un établissement d'enseignement ou venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique)⁽⁶²⁾.

– les mineur·e·s et majeur·e·s de moins de 21 ans pris en charge dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux, en particulier celles et ceux qui relèvent de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou d'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) ;

– les membres de la famille rejoignant ou accompagnant (pour s'installer en France) un·e assuré·e social·e (conjoint·e·s de Français·e·s, membres de famille venu·e·s dans le cadre du regroupement familial, etc.).

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, son ou sa partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) ;*

(62) Aucune condition de régularité n'est exigible pour l'inscription dans l'enseignement supérieur (code de l'éducation, art. L. 612-3). 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.), code de l'éducation, art. D. 612-11 et suivants), les étudiant·e·s et étudiant·e·s étrangers ayant obtenu leur bac en France en sont dispensés et doivent être traités à égalité avec les Français·e·s. Voir la rubrique « Université – inscription – droits d'inscription » sur le site du Gisti à la page « École – éducation – université » : www.gisti.org/spip.php?article5254 (accessible via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »).

- 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).

Remarque : l'exigence de régularité du séjour est susceptible de neutraliser la dispense de délai d'ancienneté de présence de 3 mois pour l'étudiant-e arrivant pour étudier en France ou pour le membre de famille (non UE / EEE / Suisse) rejoignant ou accompagnant une ou un assuré social. Dans ce cas, malgré l'exemption prévue à l'article D. 160-2, l'ouverture des droits ne peut être immédiate. Si la personne produit un visa de long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) pour justifier de la régularité de son séjour, elle doit aussi avoir accompli des démarches auprès de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) [voir III. B. 2. b, p. 30], ce qui peut retarder son accès, pourtant sans condition d'ancienneté de présence, à la prise en charge des frais de santé. Ces démarches auprès de l'Ofii étaient, jusqu'en février 2019, formalisées par une vignette et un cachet apposés dans le passeport à l'occasion d'un rendez-vous donné par l'Ofii parfois plusieurs semaines après l'entrée en France. Depuis février 2019, cette démarche peut être réalisée par téléprocédure par la personne étrangère elle-même, ce qui permet désormais de réduire considérablement le délai : il est fortement conseillé de réaliser cette démarche dématérialisée au plus tôt, dès l'arrivée en France⁽⁶³⁾.

4. 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, quelle que soit leur nationalité (donc y compris des Français-es ou des ressortissant-es d'un pays non membre de l'UE / EEE / Suisse), peuvent justifier d'une ancienneté de 3 mois en comptant la période antérieure d'assurance dans cet autre État membre. Les périodes « accomplies sous la législation de tout autre État membre » (Règlement de base de coordination des systèmes de sécurité sociale dans l'Espace économique européen, art. 6) 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 » (Règlement de base, art. 5 et 6) 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 qui indique : « 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

(63) Sur le site : administration-etrangers-en-france.interieur.gouv.fr

périodes d'assurance maladie ou assimilées dans ce dernier État ou à des périodes pendant lesquelles l'intéressé pouvait y bénéficier des prestations maladie ».

Attention ! Cette possibilité est largement ignorée des caisses d'assurance maladie et il convient donc de leur rappeler lors d'une demande d'ouverture de droits.

Et les personnes de nationalité française ?

Aucun texte ne dispense du délai de carence de 3 mois d'ancienneté de présence sur le territoire les ressortissant-es français-es arrivant en France pour s'y installer (sans activité professionnelle, ni protection maladie « importable » au titre d'un mécanisme de coordination internationale, ni possibilité de rattachement à un membre de famille déjà présent en France et assuré social, ni bénéficiaire d'une des exceptions listées *supra*). La Cnam avait ouvert la possibilité d'une dispense sur simple déclaration sur l'honneur de l'intention de la personne française de s'installer en France (Lettre-réseau Cnam, LR/DDGOS/24/2006 du 2 février 2006). Le gouvernement a affirmé dans une réponse à l'Assemblée des Français de l'étranger qu'une telle dérogation n'était pas prévue (10 mai 2010) parce qu'affirmer le contraire aurait été reconnaître une pratique discriminatoire fondée sur la nationalité. Des instructions de la Cnam préconisent cependant toujours une telle dispense⁽⁶⁴⁾ et la pratique est largement attestée⁽⁶⁵⁾.

(64) « Foire aux questions Puma », Cnam, mise à jour 18 mai 2017.

(65) En outre, notons qu'en 2020 une telle dérogation avait été mise en place à l'occasion des ordonnances Covid. L'article 13 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 puis l'article 15 de la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020, pris dans le cadre des mesures face à l'épidémie de Covid-19, ont prévu : « Par dérogation, les Français expatriés rentrés en France [à partir du 1^{er} mars 2020 et, à ce jour, au moins jusqu'au 1^{er} avril 2021] n'exerçant pas d'activité professionnelle sont affiliés à l'assurance maladie et maternité sans que puisse leur être opposé un délai de carence. »

III. La condition de régularité du séjour

A. Une obligation générale

L'accès à l'assurance maladie (et, éventuellement, à la complémentaire santé solidaire ou C2S) est conditionné, pour les personnes étrangères, à la régularité (c'est-à-dire à la légalité) de leur séjour en France (CSS, art. L. 111-1, L. 111-2-3, L. 160-1, L. 160-5, R. 111-3).

La personne qui réside en séjour irrégulier au regard de la définition donnée pour accéder à l'assurance maladie est éligible subsidiairement à l'AME⁽⁶⁶⁾ ou au dispositif soins urgents et vitaux (DSUV)⁽⁶⁷⁾.

Cette condition générale de régularité du séjour impose donc d'identifier le statut administratif de la personne au moment de son « entrée dans le droit » (primo-demande de protection maladie) et au moment de son renouvellement qui peut entraîner la sortie d'un droit pour un autre (passage de l'assurance maladie vers l'AME ou l'inverse).

Cette condition de régularité a d'autres conséquences qui posent des problèmes juridiquement plus délicats qu'il n'y paraît au premier abord :

– elle conduit à examiner la légalité du droit au séjour des personnes étrangères en fonction de leur nationalité (ressortissantes UE / EEE / Suisse *vs* non-ressortissantes) ; c'est l'objet des points B. et C. *infra* ;

– elle fixe une frontière entre personnes étrangères en séjour régulier (éligibles à l'assurance maladie et à la complémentaire santé solidaire) et celles en séjour irrégulier (éligibles éventuellement à l'AME et au DSUV), qui ne cesse d'évoluer au fil du temps et au gré des changements de la législation sur les titres de séjour, des pratiques des bureaux des étrangers et de l'évolution des listes établies par voie réglementaire et fixant les titres de séjour admis pour l'accès à l'assurance maladie ; c'est l'objet du point D. *infra* ;

– elle tolère des exceptions indispensables (mais complexes) au fonctionnement du système de protection maladie, notamment pour assurer la continuité des droits (assurance maladie et C2S) en cas de rupture temporaire du droit au séjour (par exemple entre deux titres de séjour) ; c'est l'objet du point D. *infra*.

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 titre de séjour 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 certain délai (de 6 ou 2 mois selon les cas) à compter de

(66) Code de l'action sociale et des familles, art. L. 251-1; voir D. p. 39.

(67) Code de l'action sociale et des familles, art. L. 254-1; voir D. p. 39.

la date d'échéance du document fourni pour l'ouverture des droits (sur le mécanisme de prolongation et de fermeture des droits, voir III. E. 1. p. 41).

B. Les personnes ressortissantes de pays tiers à l'UE / EEE / Suisse

1. La définition relève de la loi et pas du règlement

L'obligation de séjour régulier des étrangers est imposée par la loi qui exige que l'étranger réside « *régulièrement* » sur le territoire (CSS, art. L. 111-1, L. 111-2-3, L. 160-1, L. 160-5) sans lister pour autant les documents de séjour ouvrant droit à la prise en charge. Le pouvoir réglementaire (le gouvernement) est en droit de proposer une telle liste pour faciliter le travail des caisses dans l'appréciation de la légalité du séjour, ce qu'il s'autorise à faire par décret (CSS, art. R. 111-3), par arrêté ministériel (du 10 mai 2017) et par circulaire (lettre ministérielle du 15 janvier 2019). Pour autant, de telles listes ne sauraient faire obstacle au droit à la protection sociale de tout étranger résidant en France qui remplit la condition de séjour légal au sens des règles de police de l'immigration, mais ne disposerait d'aucun des documents de séjour listés par le gouvernement.

La liste de documents et titres de séjour établie dans l'arrêté ministériel du 10 mai 2017 (voir 2. *infra*) ne saurait donc être fermée et n'a de valeur qu'indicative. En effet, la limitation de l'accès des étrangers aux prestations sociales relève de la compétence du seul législateur, et le pouvoir réglementaire n'est pas habilité à modifier ces règles de son propre chef⁽⁶⁸⁾. La lettre ministérielle du 15 janvier 2019 rappelle d'ailleurs que la liste des documents figurant à l'arrêté du 10 mai 2017 n'est pas exhaustive et préconise d'accepter d'autres documents⁽⁶⁹⁾ (voir 3. *infra*).

Remarques :

- les titres ou documents listés dans l'arrêté du 10 mai 2017 permettent de justifier de la régularité du séjour pour la prise en charge des frais de santé, mais aussi pour de nombreuses autres prestations de sécurité sociale (voir encadré) ;
- les instructions demandent aux caisses de « vérifier systématiquement [...] l'authenticité des titres de séjours [présentés] dans le fichier Agdref » auquel elles ont accès⁽⁷⁰⁾.

(68) Conseil constitutionnel, 13 août 1993, décision n° 93-325.

(69) Instruction de la Direction de la sécurité sociale du 15 janvier 2019 et circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019 (« Gestion de la régularité de séjour »).

(70) Référentiel de contrôle du 22 mars 2017 établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et relatif à la prise en charge des frais de santé (BO Santé-protection sociale-solidarité n° 2017/4, 15 mai 2017).

Une liste de titres et documents de séjour permettant l'accès à d'autres prestations de sécurité sociale

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

– l'affiliation aux assurances sociales des régimes obligatoires de sécurité sociale, c'est-à-dire les prestations en espèces liées aux risques 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.) ;

– l'accès à certains droits non contributifs :

- prise en charge des frais de santé (CSS, art. L. 160-1) et complémentaire santé solidaire (CSS, art. L. 861-1), objets de la présente publication ;
- 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).

Au moins deux prestations conditionnées à la régularité du séjour et figurant dans le code de la sécurité sociale (CSS) ne sont pas concernées par l'arrêté ministériel 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 (liste non exhaustive qui peut être complétée par des instructions, comme la lettre ministérielle du 6 juillet 2018 prévue en attente d'une modification de 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].

2. Les titres ou documents prévus par l'arrêté ministériel du 10 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) :

a) Les titres ou cartes de séjour ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé

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

- 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'UE / EEE / Suisse – toutes activités professionnelles »;
- carte de séjour portant la mention « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'UE / EEE / Suisse – 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-e ressortissant-e d'Andorre 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 ainsi que la carte de séjour portant la mention « retraité »⁽⁷¹⁾.*

Le cas des ressortissant-es d'États tiers membres de famille de citoyen-nes UE / EEE / Suisse qui résident régulièrement en France

L'arrêté ministériel inclut trois titres de séjour concernant des ressortissant-es d'États tiers à l'UE / EEE / Suisse ayant acquis un droit au séjour en qualité de membres de famille d'un-e citoyen-ne UE / EEE / Suisse (qui dispose d'un droit au séjour en France). Cependant, l'arrêté omet d'indiquer que, pour ces personnes, la production d'un titre de séjour n'est aucunement obligatoire; il sous-entend même le contraire.

Les caisses, comme c'est déjà la pratique et en raison de l'absence d'instructions nationales claires, risquent donc de continuer d'exiger des ressortissant-es d'États tiers membres de famille de citoyen-nes 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 Ceseda).

⁽⁷¹⁾ 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 explicitement 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.

Exactement comme pour les membres de famille de citoyen-ne de l'UE (Ceseda, art. R. 121-10 à R. 121-13), les membres de famille ressortissant-es d'États tiers bénéficiant d'un droit au séjour en tant que membres de famille d'un-e citoyen-ne UE / EEE / Suisse 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-es 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* » (Ceseda, art. R. 121-14, al. 3 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 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).

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 constante de la Cour de justice de Luxembourg⁽⁷²⁾.

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 si une caisse, par méconnaissance de ces dispositions et en raison de la rédaction de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017, exigeait la production d'un titre de séjour et refusait la prise en charge des frais de santé à un tel ressortissant justifiant de sa situation, il conviendrait de rappeler à la caisse le droit applicable et, le cas échéant, de contester l'éventuel refus.

b) Le visa de long séjour valant titre de séjour à condition d'avoir accompli les démarches à l'Ofii

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

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 des démarches auprès de l'Ofii (« *dès lors qu'il a fait l'objet de la procédure prévue au 1^{er} alinéa de l'article R. 311-3* » du Ceseda). Jusqu'en février 2019, la personne

(72) « 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, *aff. C-127/08*).

étrangère devait adresser un courrier et diverses pièces à l'Ofii dès son arrivée en France puis attendre d'y être convoquée à un rendez-vous à l'issue duquel elle recevait une vignette et un cachet dateur, apposés dans son passeport, qui lui permettaient de remplir la condition exigée pour l'ouverture des droits maladie. Ces démarches étaient de nature à fortement retarder l'ouverture des droits pour les personnes étrangères ayant un VLS-TS puisqu'elle dépendait de la charge de travail et des délais de l'Ofii, et non pas des diligences de la personne concernée. Cette exigence de passage préalable à l'Ofii limitait donc l'effet utile de l'exemption d'ancienneté de résidence de plus de 3 mois prévue par l'article D. 160-2 du CSS pour les étudiant-es et les membres de famille rejoignant un-e assuré-e social-e (voir II. C. 2., p. 22). Avec la mise en place de la téléprocédure (étendue à partir de février 2019), le problème demeure mais il est fortement limité puisque la personne peut effectuer ces démarches dès son arrivée sur le territoire.

Remarque : *toutes les personnes titulaires d'un visa pour s'installer en France ne reçoivent pas un VLS-TS ; cela peut provenir soit des pratiques des consulats qui délivrent à la place des visas D long séjour les autorisant à s'installer légalement en France⁽⁷³⁾, ou des visas C pour les Algérien-nes (l'accord avec l'Algérie ne prévoyant les VLS-TS), soit des accords bilatéraux entre la France et plusieurs pays d'Afrique subsaharienne qui prévoient la délivrance de visas D long séjour. Dans certains cas, de nouvelles instructions autorisent l'ouverture des droits avec ces visas en attendant que la personne obtienne un autre document de la préfecture.*

c) Le récépissé de renouvellement

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

Les récépissés de renouvellement de tous les titres de séjour 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.

→ Pour les récépissés ou documents provisoires délivrés à l'occasion d'une première demande de titre de séjour, voir point h) *infra*.

d) L'attestation de demande d'asile

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

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.

Remarques :

– *avant de se voir délivrer une attestation de demande d'asile par l'autorité de police (Guichet unique de demande d'asile – Guda), un autre document leur est délivré par la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile⁽⁷⁴⁾ qui établit que la demandeuse ou le demandeur d'asile est convoqué pour l'enregistrement de sa demande auprès du Guda*

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

(74) La plateforme est 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.

qui lui délivrera l'attestation. Cette délivrance intervient souvent plusieurs semaines après le début des démarches des demandeurs d'asile alors même que le droit de l'UE, transposé en droit interne dans le Ceseda, exige qu'une telle attestation doive leur être remise dans les 3 jours à compter de leur première démarche (et au plus tard dans les 10 jours en cas d'afflux massif). Comme la première convocation à la préfecture, délivrée par la plateforme d'accueil, n'a pas été intégrée dans la liste de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017, les personnes demandant l'asile se voient privées de couverture maladie dans l'attente de l'obtention de l'attestation de demande d'asile. La situation a encore empiré avec la réforme de 2020 qui a imposé aux demandeurs d'asile (adultes) une période de carence de 3 mois (voir II. p. 23) ;

– la promesse a été rappelée plusieurs fois dans des instructions, depuis 2015, de rattacher les personnes demandant l'asile automatiquement à la CPAM/CGSS 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 Cnam LR-DDGOS-91/2015). Cette possibilité – qui épargnerait également des coûts de gestion pour l'assurance maladie et du temps de travail aux associations accompagnant ces personnes – n'a cependant jamais fait l'objet du moindre calendrier de mise en œuvre ;

– l'attestation de demande d'asile vaut justification d'identité, de régularité du séjour et, si elle est datée de plus de 3 mois, preuve d'ancienneté de présence⁽⁷⁵⁾ ;

– de façon unilatérale, et sans que cette question ne soit débattue, la Cnam, sans doute avec l'accord des services du ministère de la santé, a décidé que les personnes demandant l'asile ne pourraient plus se voir attribuer de numéro de sécurité sociale définitif (NIR) à compter du 17 juillet 2017 et seraient 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 obtiennent une protection internationale (statut de réfugié ou bénéfice de la protection subsidiaire).

→ Sur ce point, voir Comede-Gisti, *Prestations de sécurité sociale : justification de l'identité et procédure d'identification*, coll. Les Notes pratiques, janvier 2021.

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 »

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

Il s'agit des récépissés délivrés respectivement aux personnes reconnues réfugiées, dans l'attente 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 ».

(75) Note d'information n° DSS/2A/2020/43 du 27 février 2020 relative à la prise en charge des frais de santé des demandeurs d'asile.

f) L'autorisation provisoire de séjour

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

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

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

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

h) Un document nominatif délivré par la préfecture

(article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017, al. 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 [Agdref] ».

L'interprétation et la portée de cette catégorie ne sont pas évidentes. Elle présente déjà l'intérêt de pouvoir prendre en compte tous les récépissés ou documents provisoires délivrés à l'occasion d'une demande de titre de séjour.

Cependant, bien que la délivrance de tels documents devrait être la règle pour toute demande de titre de séjour (Ceseda, art. R. 311-4), les préfectures délivrent d'autres documents, créés de façon ad hoc et aux appellations les plus diverses (attestations de dépôt, convocations, rendez-vous, confirmations de rendez-vous, accusés de réception de demande de titre de séjour, attestations d'établissement d'une demande de 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.).

Le projet initial d'arrêté ministériel prévoyait que le document devait « comporter le n° Agdref » (dit aussi n° étranger). Dans le but d'élargir la liste à d'autres documents remis à des personnes étrangères connues de la préfecture et enregistrées dans le fichier Agdref mais ne comportant pas eux-mêmes le numéro 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'acceptation d'un document ne comportant pas lui-même le numéro 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 donc aussi (via un ancien document ou des titres figurant dans le dossier de la caisse), soit parce que la personne connaît son numéro Agdref et peut en informer la caisse, soit encore parce que la caisse va consulter elle-même le fichier Agdref (et à condition que la préfecture ait effectivement enregistré la personne étrangère, ce qu'elle fait parfois avec retard). Avec la téléprocédure, les convocations ne sont parfois pas enregistrées, ou pas immédiatement, dans Agdref: mais si la personne dispose d'un numéro Agdref (elle a disposé antérieurement d'un titre), les droits à la prise en charge des frais de santé doivent lui être ouverts.

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, rendez-vous en préfecture). 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 4 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⁽⁷⁶⁾. La Cnam 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⁽⁷⁷⁾.

3. Les autres titres ou documents ajoutés par circulaires⁽⁷⁸⁾

a) Le visa de long séjour temporaire (VLST) mention « étudiant » et le visa D mention « étudiant »

Les visas de long séjour temporaires (VLST) mention « étudiant » et les visas D mention « étudiant » permettent aussi de remplir la condition de régularité du séjour⁽⁷⁹⁾, ainsi que les VLS-TS mention « étudiant », et ce, même avant le télé-enregistrement à l'Ofii⁽⁸⁰⁾.

Remarques :

- les jeunes âgés de 18 à 30 ans disposant d'un « visa vacances travail » délivré en application d'un accord bilatéral ne peuvent en revanche pas être affiliés au régime français de sécurité sociale⁽⁸¹⁾. Ce visa est accordé à la condition de posséder une assurance privée couvrant pour la durée du séjour tous les risques liés à la maladie, la maternité, l'invalidité, l'hospitalisation et le rapatriement ;
- les étudiants québécois ne sont pas rattachés au régime de sécurité sociale français et continuent de relever du régime de sécurité sociale québécois conformément au protocole d'entente entre la France et le Québec signé le 19 décembre 1998, même si c'est bien la caisse de leur lieu de résidence qui leur verse les « prestations en nature » (c'est-à-dire qui prend en charge leurs frais de santé)⁽⁸²⁾.

(76) Ceseda, art. L. 311-4.

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

(78) Instruction ministérielle DSS n° D18-018498 du 15 janvier 2019 ; circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019.

(79) Rappelons que si aucune condition de régularité n'est exigible pour l'inscription dans l'enseignement supérieur (code de l'éducation, art. L. 612-3), les ressortissant-es non UE / EEE / Suisse sont en principe tenu-es de passer par une procédure d'inscription spécifique (dossier, examen de langue française, etc., code de l'éducation, art. D. 612-11 et suivants). Les étudiantes et étudiants étrangers ayant obtenu leur bac en France en sont cependant dispensés et doivent être traités à égalité avec les Français-es. Voir la rubrique « Université – inscription – droits d'inscription » sur le site du Gisti à la page « École – éducation – université » : www.gisti.org/spip.php?article5254 (également accessible via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »).

(80) Annexe 1, Point 2, 4^e § p. 4 de l'Instruction ministérielle DSS n° D18-018498 du 15 janvier 2019.

(81) Argentine, Australie, Canada, Corée du Sud, Japon, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Colombie, Chili, Uruguay, Russie, Taiwan, Mexique, Brésil. Voir la liste des textes dans l'annexe 1.c de l'instruction de la Direction de la sécurité sociale du 15 janvier 2019.

(82) Voir également la circulaire Cnam CIR-20-2019 relative à la prise en charge des étudiants, 12 juillet 2019.

b) Pour les conjoint-es et partenaires pacsé-es accompagnant ou rejoignant un-e assuré-e social-e français-e : le visa D mention « vie privée et familiale »

L'instruction DSS du 15 janvier 2019 précise que les visas D mention « vie privée et familiale » permettent aussi de remplir la condition de régularité de séjour pour les conjoint-es et partenaires pacsé-es accompagnant ou rejoignant un-e assuré-e social-e français-e.

Remarques :

- la circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019 a oublié de mentionner cette catégorie ;
- les personnes accompagnant ou rejoignant un-e assuré-e social-e, peuvent être rattachées sans avoir à justifier d'une ancienneté de présence de 3 mois (voir II. C. 3. p. 23) ;
- accepter les visas D mention « vie privée et familiale » lorsque la personne étrangère rejoint sa ou son conjoint assuré social lorsque ce dernier est français sans accepter ces mêmes visas lorsque le conjoint est étranger est une mesure particulièrement discriminatoire.

c) Pour les conjoint-es algérien-nes accompagnant ou rejoignant un-e assuré-e social-e : le visa C

La circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019 prévoit que le visa C pour les Algériennes et les Algériens venus rejoindre une ou un conjoint assuré social en France (quelle que soit sa nationalité) permet également de remplir la condition de régularité du séjour.

d) Le visa de long séjour temporaire dans le cadre d'un contrat d'engagement de service civique

Les visas de long séjour temporaires délivrés à des volontaires étrangers venant en France pour réaliser leur service civique permettent de justifier de la régularité du séjour pour ouvrir droit à la prise en charge des frais de santé. Il suffit aux volontaires de présenter leur contrat d'engagement de service civique en plus du visa long séjour temporaire. Le délai de 3 mois d'ancienneté de présence ne s'applique pas puisque ces personnes sont rattachées au régime général en qualité de « travailleur ».

e) Le « titre de séjour spécial » ou la « carte spéciale délivrée par le ministère des affaires étrangères »

Cette carte dite « spéciale » est délivrée à la discrétion du ministère des affaires étrangères. Elle est en général réservée au personnel diplomatique et consulaire (et à leurs conjoint-es et enfants). Elle est le plus souvent d'une durée de 3 ans. Parmi les titulaires de cette carte, certain-es sont expressément exclu-es 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, mais qu'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).

Avant la réforme Puma (protection universelle maladie) de 2016, le ministère et la Cnam ne faisaient 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 dont l'emploi déclaré donne lieu à paiement de cotisations Urssaf⁽⁸³⁾. La *Lettre-réseau Cnam* du 28 juillet 2017 continuait de préconiser 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* ».

Les personnes suivantes, titulaires d'un titre spécial, peuvent en effet être affiliées à l'assurance maladie française⁽⁸⁴⁾ :

- les conjoints et enfants majeurs des agents étrangers à la double condition de ne pas être couvert-es par ailleurs et d'exercer une activité professionnelle en France (en dehors des ambassades et consulats) sous couvert d'une autorisation de travail ;
- des personnels employés par le Conseil de l'Europe et Interpol, organisations internationales avec lesquels la France a conclu un accord pour l'affiliation d'une partie de leurs agents ;
- des personnels d'ambassades, de consulats, d'organisations internationales et de leurs délégations permanentes auprès de ces organisations, s'ils sont embauchés (par l'ambassade, le consulat, l'organisation internationale et leur délégation permanente) en tant qu'agent de droit français.

Pour être affiliées, ces personnes doivent présenter leur titre de séjour spécial, un contrat de travail conforme au droit du travail français et une autorisation de travail (pour les personnes soumises à une telle autorisation)⁽⁸⁵⁾.

En revanche, les instructions rappellent que sont toujours exclus les agents étrangers en fonction en France dans les ambassades, consulats, organisations internationales et délégations permanentes auprès de ces organisations⁽⁸⁶⁾. Sont également exclus les agents publics étrangers en mission temporaire en France et munis de passeports diplomatiques, de service ou de mission.

Sont également exclues les personnes employées et rémunérées personnellement par des diplomates ou des fonctionnaires consulaires, c'est-à-dire occupant des

(83) *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 Cnam, n° LR-DRL-20/2005*.

(84) *Voir la liste et les conditions en annexe 1b de l'instruction de la Direction de la sécurité sociale du 15 janvier 2019*.

(85) *Par rapport à la circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019, l'instruction de la DSS du 15 janvier 2019 ajoute comme exigence supplémentaire la production d'« une fiche de paie sur laquelle figurent les cotisations versées au régime français de sécurité sociale ».*

(86) *Voir la liste et les explications en annexe 1a de l'instruction de la Direction de la sécurité sociale (DSS) du 15 janvier 2019*.

emplois de services à la personne, et non des emplois au service de l'ambassade ou du consulat, et qui disposent d'un titre de séjour spécial portant le code PP. Leur couverture maladie doit en principe être garantie par une assurance privée ou par l'État d'envoi du diplomate, mais ce n'est pas toujours le cas. Certaines de ces personnes se trouvent souvent dans des situations d'exploitation s'apparentant à des formes d'esclavage ou de traite des êtres humains.

Dans de telles situations, l'exclusion de l'assurance maladie française, outre qu'elle peut avoir des conséquences personnelles graves, nous semble contestable en droit dès lors que l'emploi donne bien 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). Mais elle peut aussi être contestable, ou à tout le moins illogique, pour les personnes employées et rémunérées personnellement par des diplomates avec un contrat de travail de droit étranger (ou aucun contrat de travail) ne donnant pas lieu à versement de cotisations en France puisque ces personnes remplissent en effet les conditions pour un rattachement sur critère de résidence en France : une résidence stable qu'elles peuvent prouver, par exemple, par une résidence fiscale attestée par la déclaration d'imposition sur le revenu, et une résidence régulière puisqu'elles disposent d'un titre de séjour spécial. Ces personnes devraient donc être rattachées à l'assurance maladie française moyennant le paiement de la cotisation de droit commun applicable en matière de rattachement sur critère de résidence.

C. Les personnes ressortissantes d'un État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse⁽⁸⁷⁾

La régularité de séjour est également exigée des citoyen·nes de l'UE / EEE / Suisse car il existe des situations où ces ressortissant·es peuvent se retrouver en séjour irrégulier en France⁽⁸⁸⁾.

Ces personnes ne sont pas tenues de matérialiser leur droit au séjour par 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 à ouvrir leurs droits dès lors qu'elles remplissent le formulaire Cerfa n° 15763*02 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » et que, comme indiqué dans ce formulaire, elles y joignent « *une photocopie de toute*

(87) 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, Slovaquie, Slovaquie, Slovaquie, Suède, Suisse. Les règles valent encore au moins jusqu'au 31 décembre 2020 pour les Britanniques, même si ces derniers sont devenus des ressortissants d'un État tiers à l'UE depuis le Brexit. À partir de 2021, il est fort possible que certaines des règles actuelles leur demeurent applicables, notamment pour celles et ceux qui résidaient déjà en France.

(88) 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°) sauf si elle ou il bénéficie d'un droit au séjour à un autre titre.

pièce justifiant de cette situation [d'exercice d'une activité professionnelle], par exemple [leur] contrat de travail ou un bulletin de paie ».

À celles qui n'exercent pas d'activité professionnelle, la caisse demande de remplir un autre formulaire Cnam n° 710 (nouvelle version 2018) intitulé « Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs » qui sera ensuite examiné par un service expert centralisé, le Centre des ressortissants européens inactifs (Creic) situé près de la CPAM de Nîmes. La Cnam a rappelé que les dossiers ne pouvaient plus être rejetés par les CPAM/CGSS (et donc ne pas être transmis au Creic) au motif qu'ils seraient incomplets dès lors qu'avec le questionnaire rempli sont fournies les pièces justificatives relatives à l'identité, à la résidence et aux éventuelles ressources⁽⁸⁹⁾. Mais les pratiques sont variables, et des caisses exigent toujours d'autres pièces, notamment une attestation de droits ou de fin de droits du pays de provenance, ou à défaut, une attestation sur l'honneur de non prise en charge des soins en France par la sécurité sociale du pays de provenance⁽⁹⁰⁾.

Attention ! S'agissant de l'appréciation du droit au séjour des citoyen·nes UE / EEE / Suisse, 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 des conditions de ressources suffisantes et de couverture sociale sont exigées, ce qui conduit très souvent à refuser, voire – en amont – à dissuader des citoyen·nes européen·nes de faire valoir leurs droits⁽⁹¹⁾. Tel que rédigé, le questionnaire tend à exclure illégalement des personnes ne travaillant pas, mais n'ayant pas pour autant à remplir ces deux conditions (ressources et assurance) pour justifier d'un droit au séjour : anciens travailleurs ayant conservé cette qualité bien que sans activité professionnelle, membres ou ex-membres de famille d'un·e citoyen·ne UE / EEE / Suisse qui dispose d'un droit au séjour, titulaires d'un titre ou document de séjour délivré par la France ou personnes disposant d'un droit au séjour permanent⁽⁹²⁾. Dans de tels cas, il ne faut pas renoncer à faire valoir ses droits, en expliquant la situation dans un courrier séparé du formulaire, et en joignant les justificatifs attestant d'un droit au séjour en France⁽⁹³⁾.

(89) Cnam, circulaire CIR-41/2019, *Prise en charge des frais de santé des ressortissants communautaires inactifs*, 18 décembre 2019.

(90) Voir l'encadré dans la partie I, p. 7.

(91) À titre d'exemple de pratique dissuasive, relevons que le formulaire Cnam n° 710 indique : « Si les ressources sont inférieures au montant du RSA ou de l'Aspa, votre demande ne pourra pas être instruite » alors que ce questionnaire est aussi adressé à des personnes qui, bien que n'exerçant pas d'activité professionnelle, sont en situation régulière, n'ont pas à justifier d'un montant minimum de ressources et ont donc droit à la prise en charge des frais de santé même si leurs ressources sont très faibles.

(92) Il est assez significatif qu'une CPAM donne la définition abusivement restrictive suivante d'un Européen « inactif » : « Personne qui n'est ni titulaire d'une pension vieillesse ou d'invalidité, ni d'une rente accident du travail/maladie professionnelle, ni étudiant de moins de 28 ans et n'exerce pas d'activité professionnelle en France » (CPAM 93, *Bulletin info partenaires* n° 6, 12 août 2019).

(93) Pour apprécier la régularité du séjour en lien avec l'accès aux droits sociaux, se reporter par exemple 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 ». Voir aussi la page « citoyens de l'UE » : www.gisti.org/spip.php?article2412 (également accessible via « Le droit » / « Réglementation » / « Protection sociale »).

D. La frontière « assurance maladie » versus « AME » et les conséquences du séjour irrégulier sur les droits à l'assurance maladie

1. Pour les personnes étrangères en séjour irrégulier (y compris de nationalité UE / EEE / Suisse)

La personne étrangère en séjour irrégulier au sens de l'article L. 160-1 du CSS peut bénéficier de l'AME si elle en remplit les autres conditions : résidence en France, ancienneté d'irrégularité de séjour de plus de 3 mois, ressources⁽⁹⁴⁾. Et si elle ne remplit pas ces deux dernières conditions mais qu'elle réside en France (par exemple parce qu'elle vient de s'y installer), ses frais de santé à l'hôpital peuvent éventuellement être pris en charge dans le cadre du dispositif soins urgents et vitaux (DSUV)⁽⁹⁵⁾.

→ Pour plus d'informations, voir Gisti, *Sans papiers, mais pas sans droits*, coll. Les Notes pratiques, 2019, et le *Guide Comede 2021*.

2. Pour les titulaires de documents attestant de la régularité de séjour au regard de la police des étrangers mais qui ne permettent pas de justifier de la régularité du séjour pour la prise en charge des frais de santé

Malgré les élargissements apportés par des instructions récentes (voir B. 3. p. 34), certains documents nominatifs délivrés par les préfectures et attestant de la régularité du séjour ne sont pas acceptés pour ouvrir droit à la prise en charge des frais de santé, notamment s'ils ne comportent pas un numéro Agdref ou ne correspondent pas à une personne enregistrée dans le fichier Agdref (voir B. 2. h. p. 33). Les préfectures délivrent de nombreux documents, notamment à l'occasion d'une demande de titre de séjour : attestation de dépôt, convocation en préfecture, rendez-vous en préfecture, confirmation de rendez-vous, accusé de réception de demande de titre, attestation d'établissement d'un titre de séjour, courrier attestant que la personne a effectué une première demande de titre, courrier indiquant « *vous avez sollicité l'admission au séjour en France* », etc.

Parmi les documents et titres de séjour qui ne sont pas acceptés, figurent également :

- tous les visas de court séjour, sauf visas C pour les conjointes et conjoints algériens rejoignant un-e assuré-e quelle que soit sa nationalité (voir B. 3. c. p. 35) ;
- tous les visas long séjour valant titre de séjour avant leur enregistrement à l'Ofii, sauf pour les étudiant-es (voir B. 3. a. p. 34) ;
- tous les visas long séjour, sauf pour les étudiant-es ou les conjoint-es et partenaires rejoignant un-e Français-e sous visa mention « *vie privée et familiale* » (voir point B. 2. b. p. 35).

⁽⁹⁴⁾ Code de l'action sociale et des familles, art. L. 251-1.

⁽⁹⁵⁾ Code de l'action sociale et des familles, art. L. 254.

Le principe de « subsidiarité » entre sécurité sociale (assurance maladie) et aide sociale (AME/DSUV) devrait pourtant conduire à une couverture de toute la population résidant en France.

Attention ! Pour les personnes étrangères qui sont en situation régulière mais avec un document précaire, dont il n'est pas certain qu'il permette l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie (par exemple, parce qu'il ne comporte pas le numéro Agdref ou parce que la personne n'est pas enregistrée dans le fichier Agdref – voir III. B. 2. h. p.), il est recommandé de demander l'AME en même temps. 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 santé à payer et, pour des soins à l'hôpital, de ne pouvoir régler ses factures.

* La rétroactivité est de 90 jours maximum (30 jours avant 2021) à compter du dépôt de la demande d'AME (décret n° 54-883 du 2 septembre 1954, art. 44-1).

3. Une frontière évolutive entre assurance maladie et AME/DSUV

Les situations évoquées au point précédent soulèvent la question de la frontière entre « assurance maladie » et « AME » puisque l'administration considère que certaines personnes ne sont « ni en séjour régulier » (elles ne sont donc pas éligibles à l'assurance maladie), « ni en séjour irrégulier » (elles sont donc exclues de l'AME ou du DSUV).

L'exigence de séjour régulier pour les étrangers, telle que posée par l'article L. 160-1 du CSS, se transforme paradoxalement en exigence de séjour irrégulier pour bénéficier des dispositifs AME/DSUV. Ce point pose des difficultés, exposées au point précédent, pour les titulaires de documents de séjour non inclus dans les listes « officielles », en particulier les titulaires de visas D de long séjour venus s'installer en France. Ces personnes, en séjour parfaitement légal au sens de la police de l'immigration, risquent ainsi de se trouver privées de toute protection maladie, car elles ne sont « ni en séjour régulier » pour l'assurance maladie (faute du bon document de séjour), « ni en séjour irrégulier » pour l'AME/DSUV (inéligibles pour cause de « séjour régulier »).

C'est ainsi que la discordance entre « séjour légal au sens de la police de l'immigration » et « séjour légal au sens de l'assurance maladie » peut conduire dans certains cas à des anomalies: des étrangers en séjour légal se voient exclus de la prise en charge des frais de santé en raison de listes incomplètes de titres de séjour et visas, alors que la loi ne prévoit pas de telles restrictions. En cas d'anomalie pour une personne résidente (et financièrement démunie) dont le document de séjour serait tenu pour irrecevable par une caisse, il convient d'adresser un recours gracieux à la CPAM/CGSS (et d'alerter la Direction de la sécurité sociale) soit pour obtenir une dérogation (éligibilité à l'assurance maladie), soit pour que la personne soit subsidiairement prise en charge au titre de l'AME/DSUV nonobstant son séjour légal au sens de la police de l'immigration.

4. À la fin du titre de séjour

Voir point suivant: E.1. Prolongation des droits de 6 mois ou de 2 mois

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

1. La prolongation des droits pendant une durée minimale de 6 mois (ou de 2 mois) au-delà de la date d'échéance du titre ou document de séjour et la procédure de fermeture des droits

a) La prolongation des droits

Le dispositif de « prolongation des droits », appelé aussi « maintien des droits », a connu de nombreuses modifications récentes. Une caisse ne peut pas fermer les droits à la prise en charge des frais de santé pendant la période de prolongation (CSS, art. L. 160-1 et R. 111-4) dès lors que la personne étrangère continue de résider en France (c'est-à-dire qu'elle n'a pas transféré sa résidence hors de France).

Le droit distingue deux durées minimales de prolongation possibles :

- une prolongation minimale de 6 mois en règle générale⁽⁹⁶⁾. L'idée est que la personne étrangère dont le titre de séjour arrive à échéance dispose d'un délai minimal de 6 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 ;
- une prolongation minimale réduite après la fin du 2^e mois suivant la date d'échéance du titre (pour un titre expiré à compter du 15 novembre 2020), soit une durée minimale variant de 2 à 3 mois, si la personne étrangère a fait l'objet d'une mesure d'éloignement devenue définitive (voir encadré *infra*).

Remarques :

- cette prolongation vaut pour toute personne étrangère prise en charge, qu'elle soit rattachée ou non à une caisse d'assurance maladie sur critère d'activité professionnelle ou de résidence ;
- une prolongation des droits de 6 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 social) ;
- la période de prolongation des droits vaut également pour la complémentaire santé solidaire qui est non seulement maintenue mais peut également être renouvelée ou encore ouverte pour la première fois, durant cette période (voir V. p. 49).

(96) Elle était de 12 mois pour les titres ayant expiré avant le 1^{er} janvier 2020.

Qu'est-ce qu'une mesure d'éloignement devenue « définitive » pouvant justifier une prolongation des droits pour une durée réduite à 2 mois ?

– La liste des mesures d'éloignement est établie au titre V du Ceseda. Il s'agit de « l'obligation de quitter le territoire français » (avec ou sans délai de départ volontaire), de « l'interdiction de retour sur le territoire français », de « l'interdiction de circulation sur le territoire français », de « l'arrêté d'expulsion », de « la remise d'un non-européen à un État UE », de « la reconduite à la frontière d'un étranger non UE qui a fait l'objet d'un signalement aux fins de non-admission en vertu d'une décision exécutoire prise par l'un des autres États Schengen ».

Nota 1 : l'arrêté de transfert dit « Dublin » (procédure d'asile) ne doit pas être considéré comme une mesure d'éloignement au sens strict, n'étant pas inclus au titre V du Ceseda.

Nota 2 : l'interdiction du territoire français n'est pas concernée, n'étant pas une mesure d'éloignement administrative mais une mesure judiciaire (puisque prononcée par un juge pénal).

– Le caractère « définitif »

Une décision administrative (d'éloignement) devient définitive à l'expiration du délai de recours contentieux ou, si elle a fait l'objet d'un recours contentieux dans ce délai, à la date à laquelle la décision rejetant ce recours devient « irrévocable », c'est-à-dire insusceptible de faire non seulement l'objet d'un appel mais aussi d'un pourvoi en cassation (CE, 28 juillet 2011, *Commune de Bourg-St-Maurice*, n° 336945, rec. 434 ; AJDA 2011, 2190, concl. Lieber).

De surcroît, une demande d'aide juridictionnelle introduite dans le délai de recours contentieux prolonge, dans certains cas, ledit délai de recours, rendant ainsi la décision non définitive.

En pratique, il est donc difficile d'identifier avec certitude la date à laquelle une décision administrative d'éloignement devient définitive et, partant, la date de début du délai de prolongation des droits à l'assurance maladie (avec C2S).

b) La procédure de fermeture des droits

Si la personne étrangère ne parvient pas à produire un nouveau titre ou document de séjour dans un délai de 6 mois (suivant la fin de son titre de séjour précédent), ou plus rapidement et après la fin du 2^e mois suivant l'échéance de son titre si elle a fait l'objet d'une mesure d'éloignement devenue définitive, ses droits (base et complémentaire) peuvent être fermés par la caisse. Cependant, cette fermeture n'est pas automatique et ne peut intervenir qu'à l'issue d'une procédure contradictoire formalisée en deux étapes⁽⁹⁷⁾ :

– première étape : la caisse doit avoir envoyé un courrier notifiant à la personne qu'elle dispose d'un délai de 1 mois (à compter de la date de réception du courrier)

(97) CSS, art. R. 114-10-1.

pour produire tout document attestant de la régularité du séjour (l'éventuel nouveau document de séjour) et pour présenter des observations⁽⁹⁸⁾ ;

– deuxième étape : si, à l'issue de ce délai de 1 mois, la caisse constate que la condition de régularité du séjour n'est toujours pas remplie, elle doit notifier par un deuxième courrier à l'assuré la décision de clôture de ses droits (base et complémentaire) en indiquant la date d'effet de cette clôture qui ne peut être fixée moins de 45 jours après la date d'expédition de ce dernier courrier.

Cette procédure de clôture impliquant deux délais, de 1 mois puis de 45 jours, peut se dérouler soit au cours de la phase de maintien des droits (6 mois dans le cas général) soit à la fin de cette phase. Dès lors, la période de maintien des droits peut durer, dans le cas général (prolongation de 6 mois), entre 6 mois et 6 mois + 1 mois + 45 jours, voire davantage selon les pratiques des caisses. Les soins reçus au cours de cette période de prolongation resteront donc pris en charge par l'assurance maladie de l'assuré (avec l'éventuelle complémentaire santé solidaire). Il en est de même dans le cas de la prolongation réduite (de 2 mois). Cependant, une grande incertitude demeure sur les pratiques des caisses en matière de fermeture des droits.

2. Les mineurs et les mineurs étrangers

Les mineurs et les mineurs étrangers ne peuvent juridiquement 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, aucune 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 pourrait leur être opposée la condition de résidence habituelle sur le territoire (voir I. B. p. 6).

a) Les mineurs et les mineurs ayants droit d'un-e assuré-e social-e

Les ayants droit mineurs 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 non plus pour bénéficier de l'assurance maladie et le certificat médical délivré par l'Ofii ne peut pas être exigé, aucun texte ne prévoyant de telles exigences.

Il n'existe pas non plus de condition de lien juridique entre la ou le mineur et l'assuré-e social-e : l'enfant peut être légitime, naturel, adopté ou recueilli, même sans transfert de l'autorité parentale⁽⁹⁹⁾. La seule condition est que la ou le mineur soit à la charge effective et permanente de l'assuré-e⁽¹⁰⁰⁾. La charge, condition présumée remplie lorsqu'il y a un lien juridique entre l'assuré et l'enfant, est une situation de fait qui peut se prouver par tout moyen. Pour rattacher un enfant mineur, il faut remplir le formulaire « demande de rattachement des enfants mineurs » (Cerfa n° 14 445*02 n° S3705a) et, selon les instructions, y joindre une copie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou du livret de famille à jour.

⁽⁹⁸⁾ Des instructions non rendues publiques préconisent aux CPAM, après avoir vérifié un éventuel renouvellement en consultant le fichier des étrangers du ministère de l'intérieur, d'envoyer ce courrier au 4^e mois d'expiration du dernier titre.

⁽⁹⁹⁾ Pour un enfant recueilli, voir Cour de cassation, 10 novembre 2011, n° 10-19278.

⁽¹⁰⁰⁾ CSS, art. L. 160-2. Les mineurs pupilles de l'État sont également pris en charge (CSS, art. L. 380-4).

Le statut d'ayant droit prend fin en tout état de cause à 18 ans⁽¹⁰¹⁾.

b) Les mineur-es de 16 ans ou plus

La ou le mineur est pris en charge à titre autonome, de façon automatique en principe, à partir de 16 ans dès lors qu'elle ou il exerce une activité professionnelle. Si elle ou il n'est pas ressortissant de l'UE / EEE / Suisse, elle ou il doit cependant avoir obtenu une autorisation de travail ou un titre de séjour avec droit au travail.

À la condition d'être au préalable ayant droit d'un-e assuré-e social-e, tout mineur peut demander à être pris en charge de façon autonome dès l'âge de 16 ans (il peut détenir une carte Vitale dès l'âge de 12 ans) et ce, sans avoir à justifier de la régularité de son séjour. La demande se fait au moyen du formulaire « Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel » (Cerfa 15 680*02)⁽¹⁰²⁾.

c) Les enfants mineurs demandeurs d'asile ou à la charge d'un adulte demandeur d'asile

Malgré la décision prise en 2020 d'exclure les demandeurs d'asile majeurs de la prise en charge des frais de santé durant leurs 3 premiers mois de présence en France (voir II), les personnes mineures enregistrées en qualité de demandeur d'asile ou bien à la charge d'une personne enregistrée comme telle (et qui ne peuvent être ayants droit mineurs d'un demandeur d'asile adulte durant ces 3 premiers mois puisque l'adulte n'est pas éligible), sont éligibles à l'assurance maladie (avec C2S), à titre autonome et sans délai par l'assurance maladie⁽¹⁰³⁾.

d) Les enfants mineurs 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 enfants mineurs accompagnant un 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 3 mois ne sont pas remplies).

e) 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 assurent leur accueil ou la charge, être identifiés de façon autonome et être pris

(101) CSS, art. L. 160-2, 2e al., D. 160-1.

(102) CSS, art. D. 160-1. En revanche, d'autres conditions restrictives sont exigées pour pouvoir demander la complémentaire santé solidaire de façon autonome entre 16 et 25 ans (voir V. C. 1., p. 54).

(103) La note d'information n° DSS/2A/2020/43 du 27 février 2020 relative à la prise en charge des frais de santé des demandeurs d'asile préconise de compléter les formulaires de « demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » et de « demande de complémentaire santé solidaire » (en se limitant à la première page de ce dernier formulaire), de les accompagner de l'attestation de demande d'asile sur laquelle figurent ces enfants mineurs, et de les adresser à la CPAM/CGSS du lieu de résidence. Si ces mineurs doivent être soignés rapidement, le besoin de soins doit être signalé à la caisse pour accélérer l'instruction du dossier.

en charge pour leurs frais de santé par l'assurance maladie⁽¹⁰⁴⁾, ainsi que pour la complémentaire santé solidaire⁽¹⁰⁵⁾. 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, p. 23). Pour un enfant, ayant droit mineur d'un-e assuré-e social-e, 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⁽¹⁰⁶⁾.

f) Les enfants non accompagnés (isolés) non pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance

Tout-e mineur-e non accompagné-e (isoléVe) devrait faire l'objet d'une mesure de protection et être pris-e en charge par les services de l'ASE (voir paragraphe précédent). Quand ce n'est pas le cas, en raison de carence du département ou de contestation de leur minorité par le département, ces jeunes isolé-es sont éligibles à l'AME, même sans devoir se faire passer pour majeur-es⁽¹⁰⁷⁾.

3. Les personnes détenues⁽¹⁰⁸⁾

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 l'ensemble de ses frais de santé par le régime général de la sécurité sociale (CSS, art. L. 381-30 et L. 381-30-1). Depuis le 1^{er} janvier 2018, la prise en charge a été étendue à la partie complémentaire (ticket modérateur, forfait hospitalier, etc.)⁽¹⁰⁹⁾. 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).

(104) CSS, art. L. 160-2, 4^e al.

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

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

(107) La circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 précise que, si les mineurs 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 ». Voir également une note d'instruction de l'ARS Île-de-France du 15 juillet 2019 sur la « prise en charge des mineurs non accompagnés étrangers », qui indique également des moyens pour lever les obstacles liés aux justificatifs d'identité.

(108) Textes utiles pour les détenus et les sortants de prison : CSS, art. L. 381-30 à L. 381-30-6, L. 161-13-1, R. 161-4-1 ; code de procédure pénale, art. D. 366 et D. 367 ; Direction de l'administration pénitentiaire, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, édition 2019 (instruction interministérielle DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 et Note d'information DGS/DGOS/DGCS/DSS/DACG/DAP/DPJJ du 29 avril 2019 relatives à l'actualisation du guide méthodologique) ; circulaire Cnam CIR-15/2019 du 9 juillet 2019 ; Lettre-réseau Cnam, LR-DDGOS-45/2017, 7 juin 2017.

(109) Les dépassements d'honoraires sont interdits pour les soins aux détenus (CSS, L. 162-5-13, 1 bis).

4. Les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle⁽¹¹⁰⁾

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 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⁽¹¹¹⁾. L'absence de condition de régularité de séjour est d'ailleurs rappelée par plusieurs circulaires⁽¹¹²⁾.

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⁽¹¹³⁾.

(110) Voir sur le site du Gisti la page « *Accidents du travail* » : www.gisti.org/spip.php?article5240 (accessible via « *Le droit* » / « *Réglementation* » / « *Protection sociale* »). Voir également la rubrique « *Accident du travail* » dans Gisti, Sans papiers, mais pas sans droits, coll. Les Notes pratiques, 2019 [en ligne].

(111) En outre, l'article L. 8252-1 du code du travail précise : « *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].* »

(112) Voir sur le site du Gisti la page « *Accidents du travail et maladies professionnelles* » (www.gisti.org/spip.php?article5240 ou accessible via « *Le droit* » / « *Réglementation* » / « *Protection sociale* »).

(113) Voir Gisti et Comede, La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux, coll. Les Cahiers juridiques, 2016; et, sur le site du Gisti, la page « *Textes internationaux pour défendre les droits sociaux des étrangers* » : www.gisti.org/spip.php?article2406 (accessible via « *Le droit* » / « *Réglementation* » / « *Protection sociale* »).

IV. La justification de l'identité

→ Sur cette question, voir Gisti et Comede, *Prestations de sécurité sociale : justification de l'identité et procédure d'identification. Assurance maladie, prise en charge des frais de santé, prestations familiales*, coll. Les Notes pratiques, janvier 2021.

La personne demandant l'ouverture de tout droit de sécurité sociale ou le service d'une prestation (tel que le remboursement de soins ou une dispense d'avance des frais) doit justifier de son identité.

Selon le formulaire Cerfa n° 15763*02 « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie », la production d'une seule pièce d'identité suffit, et il peut s'agir :

- 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 »⁽¹¹⁴⁾ si la personne est ressortissante d'un pays non membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse.

Remarque : dans le formulaire Cerfa n° 15763*02, une seule pièce (titre ou document de séjour) permet de justifier à la fois de l'identité et de la régularité du séjour pour les ressortissant-es d'un pays non membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse. Cela peut poser un problème pour les personnes dispensées de la condition de séjour régulier (mineur-es) ou dispensées de détenir un titre de séjour (membre de famille non UE de ressortissant-e UE). Ces personnes doivent pouvoir justifier de leur identité par tout autre 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.

La justification de l'identité ne doit pas être confondue avec la procédure d'identification (ancienne procédure d'immatriculation) qui aboutit à la délivrance d'un numéro de sécurité sociale définitif ou numéro d'inscription au répertoire (NIR) pour les personnes non nées en France et qui ne disposent pas déjà d'un tel numéro. Seule la justification de l'identité est nécessaire pour ouvrir les droits. L'ouverture de la prise en charge des frais de santé et son maintien ne doivent pas dépendre de la procédure d'identification.

Dans le cadre de la procédure d'identification, la caisse demande à la personne née hors de France et qui ne dispose pas d'un NIR, en plus d'une pièce justifiant l'identité, une pièce d'état civil (copie intégrale de l'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation ou pièce équivalente établie par un consulat). Il arrive aussi que, pour une personne non née en France disposant pourtant d'un NIR et bénéficiant déjà de prestations, une caisse, dans le cadre d'une opération de « certification » du NIR,

⁽¹¹⁴⁾ « Une photocopie de votre titre ou document de séjour en cours de validité, tel que carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, carte de résident, 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... » (voir III. B. 2. a. p. 28).

demande cette pièce d'état civil, notamment lorsque le NIR a été attribué avant 1988 ou qu'il n'a jamais fait l'objet d'une confirmation avec pièce d'état civil.

L'absence de production d'une pièce d'état civil ne peut cependant ni empêcher l'ouverture du droit à la prise en charge des frais de santé, ni conduire à la suspension de ces droits (CSS, art. L. 160-5, L. 161-1-4, L. 161-15-1). Dans la pratique, des demandes sont bloquées dans l'attente de cette pièce d'état civil, et des droits sont refusés voire suspendus.

Le numéro de sécurité sociale définitif ou NIR

Le numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques, désigné dans la documentation officielle sous l'acronyme « NIR », est le terme technique pour désigner le numéro de sécurité sociale définitif (ou n° Insee) comportant treize chiffres (suivis d'une clé de contrôle à deux chiffres) construit à partir de l'état civil: sexe (premier chiffre commençant par 1 ou 2 selon le sexe), année et mois de naissance, département et commune de naissance ou pays de naissance pour les personnes nées à l'étranger. Il est attribué une seule fois dans la vie et ne peut être modifié que dans le cas où les informations qu'il décrit ne sont pas ou ne sont plus conformes à l'état civil de la personne.

V. La complémentaire santé solidaire : les conditions d'accès pour les personnes étrangères

Le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (C2S) a remplacé à la fois la complémentaire CMU (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)⁽¹¹⁵⁾.

Le principe de la C2S est :

- de garantir, pour des assurés sociaux ayant de faibles ressources, une prise en charge des frais de santé à 100 % (dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale ou tarifs conventionnés) c'est-à-dire d'exonérer les bénéficiaires de la part complémentaire (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, franchises médicales, etc.), et de permettre également une prise en charge des frais au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, dans la limite de forfaits fixés par arrêté pour ce qui concerne les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains biens médicaux admis au remboursement (lunettes, prothèses auditives)⁽¹¹⁶⁾ ;
- d'éviter aux assurés de payer eux-mêmes les professionnels de santé grâce à la procédure dite de « tiers payant » et de leur permettre de bénéficier de tarifs opposables (pas de dépassements d'honoraires).

Les modalités de demande de la C2S ont été fortement simplifiées lors des dernières années (A). Pour y avoir droit, deux conditions doivent être remplies : bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie (B) et justifier de faibles ressources (C).

A. La demande de complémentaire santé solidaire en pratique : délais, ouverture des droits et renouvellement

La C2S doit être demandée au moyen d'un formulaire⁽¹¹⁷⁾. Il est désormais possible d'effectuer cette demande en ligne si on dispose d'un compte Ameli. Il faut joindre l'avis d'impôt ou l'avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ou, en cas de résidence hors de France au cours des 12 derniers mois, les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concerné(s). Un avis de taxe foncière et de taxe d'habitation est également demandé si la personne déclare posséder un bien ou un terrain non loué (un revenu calculé en fonction de la valeur locative sera pris en compte dans les ressources du foyer)⁽¹¹⁸⁾.

(115) CSS, art. L. 861-1 et suivants et R. 861-1 et suivants. La réforme ayant remplacé la CMU-C par la C2S « ne remet pas en cause les règles aujourd'hui en vigueur concernant notamment la constitution du dossier, le choix de l'organisme complémentaire, le délai de réponse de la caisse et les règles de composition du foyer ».

(116) Le panier de soins pris en charge par la C2S figure sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

(117) CSS, art. R. 861-16. Formulaire Cerfa 12504*08 (S37111).

(118) Voir infra C. 2.

Après 2 mois de silence de la caisse, la demande est réputée acceptée à compter du premier jour du mois suivant l'expiration de ce délai de 2 mois⁽¹¹⁹⁾. L'intéressé-e est alors théoriquement en droit de demander une attestation de droit à la C2S. Cependant, si aucune attestation n'est délivrée, la disposition n'a guère de portée pour le demandeur.

Le droit à la C2S attribuée sans participation financière (ex CMU-C) est ouvert au premier jour du mois qui suit la date de la décision de la caisse⁽¹²⁰⁾.

Si la C2S est attribuée avec participation financière, la caisse notifie la décision avec un bulletin d'adhésion à compléter, accompagné d'un document autorisant le prélèvement sur compte bancaire, postal ou d'épargne du montant de la participation financière. Ces pièces doivent être renvoyées à la caisse si cette dernière a été choisie comme gestionnaire de la part complémentaire ou, à défaut, à l'organisme complémentaire privé choisi. Le droit est ouvert au premier jour du mois qui suit la date de réception de ces éléments. Si la personne a choisi un autre moyen de paiement que le prélèvement mensuel, le bulletin d'adhésion doit être accompagné d'une déclaration dans laquelle elle s'engage à payer la participation par chèque, virement ou même au moyen d'espèces, en principe avant le 8 du mois. Les caisses sont très réticentes vis-à-vis du paiement en espèces qui ne peut s'effectuer qu'auprès d'un agent habilité à recevoir des espèces. En cas de non-paiement de la participation financière, le droit peut être suspendu voire fermé.

Que la C2S soit attribuée avec ou sans participation financière, le droit prend effet le premier jour du mois du dépôt de la demande en cas d'urgence médicale ou sociale. La notion de situation d'urgence médicale ou sociale, définie dans la circulaire ministérielle DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999, est automatiquement justifiée lorsque des soins immédiats ou programmés sont nécessaires pour les familles avec des jeunes enfants, pour les personnes vivant dans des situations d'exclusion ou lorsque les services sociaux, les associations, les organismes agréés ou les établissements de santé qui ont transmis la demande font état de l'urgence. Un document permettant de caractériser la notion d'urgence sociale et/ou médicale (courrier de l'assistante sociale, date programmée des soins ou de l'hospitalisation) doit accompagner la demande de C2S.

Il est également possible de rétroagir sur le droit à la C2S en cas d'hospitalisation et si la demande est formulée dans les 2 mois suivant l'entrée à l'hôpital et que l'assuré-e est toujours hospitalisé-e ou sorti-e depuis moins de 1 mois à la date de la demande⁽¹²¹⁾.

Les droits à la C2S sont attribués pour une période d'un an renouvelable⁽¹²²⁾, y compris si le renouvellement intervient durant la période de prolongation des droits⁽¹²³⁾.

(119) CSS, art. L. 861-5.

(120) CSS, art. L. 861-5.

(121) Cette disposition qui valait pour la CMU-C (lettre ministérielle du 3 octobre 2002; Guide des procédures CMU-C, juin 2006) vaut toujours pour la C2S avec ou sans participation financière (circulaire Cnam-CIR-30/2019, Présentation de la réforme sur la complémentaire santé solidaire, 21 août 2019,).

(122) CSS, art. L. 861-5. Les droits peuvent cependant être interrompus avant la fin de cette période si les droits de base s'interrompent (par exemple si la personne transfère sa résidence hors de France) ou sont fermés (à la suite de la perte du droit au séjour). Voir B. p. 51.

(123) De façon contraire au droit, et en suivant probablement une instruction de la Cnam, la CPAM de Haute-Garonne limite la durée à la date d'échéance de la prolongation des droits (CPAM Haute-Garonne, Alerte News n° 8, mai 2019).

Le renouvellement est automatique à l'issue d'une période de 1 an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation supplémentaire ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

La demande de renouvellement doit être déposée au plus tôt 4 mois et au plus tard 2 mois avant l'expiration du droit à la C2S (CSS, art. R. 861-18).

Attention ! Des caisses refusent de façon illégale des demandes de renouvellement faites plus de 2 mois avant l'expiration, décident à tort de classer la demande sans suite et informent, parfois trop peu de temps avant l'échéance du droit et parfois uniquement sur le compte personnel Ameli sans que la personne n'en soit avertie, qu'une nouvelle demande doit être faite. Des ruptures de droit interviennent, conduisant à des difficultés d'accès et à des renoncements aux soins, voire à des renoncements de renouvellement de la C2S. Les demandes de renouvellement en ligne sur le compte Ameli sont également parfois bloquées et ne sont permises que si elles sont faites moins de 2 mois avant l'échéance, en contradiction avec la réglementation en vigueur.

À titre exceptionnel, si la demande de renouvellement a été déposée tardivement, dans un délai inférieur à 2 mois avant l'échéance du droit (ou si le bulletin d'adhésion pour la C2S avec participation financière a été réceptionné dans un délai inférieur à 1 mois après l'expiration du droit précédent), le directeur de la CPAM/CGSS peut décider que le droit prend effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent⁽¹²⁴⁾.

Remarque : cependant, même si la demande s'effectue peu de temps avant l'échéance et jusqu'à 1 mois après l'échéance, des instructions préconisent davantage de souplesse en considérant que seules les demandes de renouvellement effectuées plus de 1 mois après l'échéance des droits doivent être alors considérées comme une « nouvelle demande ». La question est importante car une nouvelle demande implique une rupture de droits – la non prise en charge des frais de santé par la C2S durant une certaine période – puisque les droits à la C2S ne seront alors rouverts qu'au premier jour du mois qui suit la date de la nouvelle décision de la caisse.

B. Première condition : bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie

Les conséquences :

– formellement, pour ouvrir des droits à la C2S, il n'existe plus ni condition de résidence, ni condition d'ancienneté de présence en France, ni condition de régularité de séjour, ni besoin de justifier de son identité. Ces conditions, si elles doivent être justifiées, l'ont déjà été à travers les droits de base (prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie au titre de l'art. L. 160-1 du CSS) ;

(124) CSS, art. R. 861-18.

– lorsque les droits de base s’interrompent (par exemple si la personne transfère sa résidence hors de France) ou sont fermés (à la suite de la perte du droit au séjour), la C2S s’arrête en même temps, même si elle a été attribuée pour une durée de 12 mois ;

– le mécanisme de prolongation des droits en fin de validité du droit au séjour vaut également pour la C2S (voir III. E. 1. p. 41). Le droit à la C2S se poursuit durant la période de prolongation des droits et, durant cette période, ce droit peut aussi être renouvelé ou même ouvert pour la première fois (voir encadré).

Le mécanisme de prolongation des droits s’applique à la complémentaire santé solidaire (C2S)⁽¹²⁵⁾

Pendant la période de prolongation des droits à la prise en charge des frais de santé par l’assurance maladie (d’au moins 6 mois, ou après la fin du 2^e mois suivant la date d’échéance du titre en cas de mesure d’éloignement devenue définitive – voir III. E. p. 41), la C2S dont bénéficiait déjà la personne est également maintenue. En outre, durant cette période de prolongation, un renouvellement ou une première demande de C2S peut être effectué. Si jamais la personne n’obtient pas un nouveau document justifiant la régularité de son séjour, la complémentaire santé solidaire ainsi obtenue durant la période de prolongation s’interrompra à la date de fermeture des droits à l’assurance maladie.

Exemple pour une personne étrangère, qui ne fait pas l’objet d’une mesure d’éloignement définitive, dont le titre de séjour expire le 31 mars 2021 (situation de prolongation des droits pendant 6 mois) :

– si la personne avait déjà des droits à la C2S ouverts, par exemple, du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021, et si elle ne dispose pas d’un nouveau titre de séjour au 1^{er} avril 2021, ses droits à la prise en charge de ses frais de santé sont prolongés pendant 6 mois à compter du 1^{er} avril 2021, soit jusqu’au 1^{er} octobre 2021. Ses droits à la C2S sont maintenus jusqu’à leur échéance, soit, dans notre exemple, jusqu’au 30 juin 2021. La personne peut en demander le renouvellement sans avoir à justifier de la régularité de son séjour et l’obtenir (si elle remplit la condition de ressources notamment) pour une nouvelle période de 12 mois, soit du 1^{er} juillet 2021 au 30 juin 2022. Toutefois, si, au 1^{er} octobre 2021 (date d’expiration de la prolongation des droits à la prise en charge des frais de santé), elle n’a pas produit un nouveau justificatif de droit au séjour, les droits de base et les droits à la complémentaire santé solidaire sont interrompus ensemble à cette date⁽¹²⁶⁾, soit, pour la C2S, avant le 30 juin 2022, échéance initiale prévue lors du renouvellement ;

(125) CSS, art. L. 160-1 et R. 111-4. Voir également l’annexe 2 de l’instruction DSS du 15 janvier 2019 et la circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019.

(126) Il s’agit en fait d’une date théorique. En pratique, les droits seront clos par la caisse à l’issue d’une procédure contradictoire réglementaire (CSS, art. R. 114-10-1) se terminant par un ultime courrier de la caisse annonçant à l’assuré la fermeture de ses droits (base complémentaire) 45 jours après l’envoi de ce dernier courrier (voir III. E. 1. p. 42-43).

– si la personne n'avait pas de droits à la C2S, elle peut, durant la période de prolongation des droits (soit jusqu'au 1^{er} octobre 2021) et alors qu'elle ne justifie pas d'un document de séjour, obtenir une complémentaire santé solidaire (si elle remplit la condition de ressources).

Attention! Des caisses refusent les demandes d'AME déposées par anticipation avant la fin de la période de prolongation des droits, y compris lorsqu'il ne reste que quelques jours avant l'expiration des droits à l'assurance maladie. Ces pratiques sans fondement légal qui conduisent inévitablement à des ruptures de couverture, empêchant très souvent la continuité des soins, devraient cesser à la suite de nouvelles instructions données début 2021.

C. Deuxième condition : justifier de faibles ressources

La C2S est attribuée à titre gratuit, sans participation financière, lorsque les ressources du foyer sont inférieures à un plafond dépendant du nombre de personnes à charge⁽¹²⁷⁾ : 9 032 € pour 12 mois, soit 753 € par mois en moyenne pour une personne seule (pour des droits ouverts entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021). Le montant est augmenté de : 50 % pour la deuxième personne du foyer, 30 % pour chacune des troisième et quatrième personnes, 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

La C2S est attribuée moyennant le paiement d'une participation financière pour les foyers dont les ressources sont comprises entre le plafond de la C2S versée sans participation financière et ce même plafond majoré de 35 % : 12 193 € pour 12 mois, soit 1 016 € par mois en moyenne pour une personne seule (pour des droits ouverts entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021). La participation dépend de l'âge, elle varie de 8 € par mois pour les personnes de 29 ans et moins, à 30 € pour les personnes de 70 ans et plus⁽¹²⁸⁾.

Remarques :

- le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la C2S sans participation financière ;
- les plafonds sont plus élevés de 11,3 % dans les départements d'outre-mer où la C2S existe (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane). La C2S n'existe pas à Mayotte.

Sont prises en compte toutes les ressources, imposables ou non, en espèces ou en nature, perçues par les personnes composant le foyer au cours des 12 mois précédant la demande, sauf exceptions (voir *infra*).

(127) CSS, art. L 861-1, R. 861-3, D. 861-1.

(128) Pour les assurés relevant du régime local d'Alsace-Moselle, cette participation varie de 2,80 € à 10,50 €.

1. La composition du foyer pour la détermination du plafond et des ressources⁽¹²⁹⁾

Les personnes prises en compte dans le foyer sont, outre la personne qui demande la C2S :

- son ou sa conjointe, son ou sa partenaire pacsée (uniquement en cas d'imposition commune dans ces cas), son concubin ou sa concubine ;
- les enfants de moins de 25 ans qui sont à sa charge ou à celle de la personne conjointe, concubine ou partenaire pacsée.

Remarque : *l'enfant de 25 ans ou plus ne peut pas être pris en compte même s'il vit avec le demandeur (Commission centrale d'aide sociale, CCAS, 22 janvier 2014, n° 130045, Cahiers de jurisprudence de l'aide sociale, CJAS n° 2014/5). De même, les parents (grands-parents, oncles ou tantes, etc.) qui vivent sous le même toit que le demandeur ne font pas partie du foyer pour la C2S. Ces adultes peuvent d'ailleurs déposer une demande de façon autonome.*

La notion de foyer pour le plafond de ressources s'entend uniquement des membres pris en charge par l'assurance maladie. Des décisions des juridictions portant sur la CMU-C, mais transposables à la C2S, rappellent ainsi que ne peuvent être pris en compte que les membres de la famille du demandeur qui résident sur le territoire français⁽¹³⁰⁾ et qui respectent la condition de résidence stable et régulière en France, ce qui exclut par exemple la ou le conjoint en situation irrégulière⁽¹³¹⁾.

Alors que la prise en charge des frais de santé à titre autonome est obligatoire pour tous les jeunes dès l'âge de 18 ans (un majeur ne peut pas être ayant droit) et qu'elle est possible sur demande pour les mineur-es de 16 ans ou plus (voir III. E. 2. b. p. 44), en principe, les jeunes de moins de 25 ans, ne peuvent pas demander de C2S à titre autonome, à l'exception des quatre situations suivantes :

- le jeune majeur de 18 à 25 ans rattaché au foyer de son ou ses parents bénéficie de la C2S à titre autonome s'il a lui-même un ou plusieurs enfants ou dès que la déclaration de grossesse a été effectuée auprès de la caisse d'affiliation ;
- l'étudiant boursier (de la France) peut obtenir la C2S à titre personnel, quelle que soit sa situation familiale ;
- tout jeune majeur de 18 à 25 ans peut bénéficier de la C2S à titre personnel s'il remplit simultanément les trois conditions suivantes :
 - ne pas habiter chez ses parents au moment de la demande (autonomie géographique),
 - avoir procédé personnellement à une déclaration de revenus ou s'engager par une déclaration sur l'honneur à en établir une pour l'année à venir (autonomie fiscale),

(129) CSS, art. R. 861-2, R. 861-4, R. 861-16 et suivants.

(130) CCAS, 18 septembre 2013, n° 120421, CJAS n° 2014-1; 22 février 2017, n° 150282, CJAS n° 2018/1; 24 mai 2017, n° 150618, CJAS n° 2018/1; 21 juin 2017, n° 150599, CJAS n° 2018/3.

(131) CCAS, 8 octobre 2014, n° 130207, CJAS n° 2016/4.

- ne pas percevoir de pension des parents donnant lieu à une déduction fiscale ou s'engager par une déclaration sur l'honneur à ne plus la percevoir pour l'année à venir (autonomie financière).

– l'enfant mineur de 16 à 18 ans (qui peut déjà être pris en charge à titre autonome pour la base) peut, sur décision en opportunité du directeur de la CPAM/CGSS, bénéficier à titre personnel de la C2S si ses liens avec sa famille sont rompus. La caisse peut exercer une action en récupération à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond pour la C2S sans participation financière.

2. Les ressources prises en compte⁽¹³²⁾

Les ressources retenues sont les revenus nets de prélèvements sociaux obligatoires et les avantages en nature des personnes constituant le foyer au cours des 12 mois précédant la demande.

Attention ! Il s'agit des ressources effectivement perçues durant les 12 mois précédant la demande⁽¹³³⁾. Si un salaire du mois (t) est effectivement perçu, par exemple par virement, au début du mois suivant (t+1), ce salaire doit être pris en compte pour le mois t+1 et non pour le mois t, quand bien même il s'agit de la rémunération d'un travail effectué durant le mois t et attesté par un bulletin de paie indiquant le mois t.

Pour certaines ressources, la personne doit uniquement indiquer dans le formulaire si elles ont été perçues durant les 12 derniers mois, sans avoir à en fournir les justificatifs, ni même à en mentionner le montant, car la caisse récupère ces informations en accédant aux fichiers communs des organismes sociaux et de l'administration fiscale. Il s'agit notamment des allocations familiales, des prestations chômage, des pensions d'invalidité, des rentes AT-MP et des indemnités journalières (maladie, maternité, AT-MP).

Le montant des salaires perçus durant les 12 derniers mois est demandé dans le formulaire, mais pas les justificatifs car la caisse peut en principe en avoir connaissance par ailleurs.

Attention ! Il arrive que les caisses ne retrouvent pas l'information sur les salaires dans certains cas, par exemple ceux versés par certaines entreprises mandataires pour des services à la personne, et qu'elles reviennent ultérieurement vers le demandeur pour qu'il envoie les copies de ses bulletins de paie, ce qui retarde l'ouverture des droits ou, s'il s'agit d'un renouvellement, entraîne une rupture des droits. En cas de doute, notamment avec des contrats de travail particuliers ou précaires, il peut donc être préférable de communiquer les bulletins de paie dès la demande initiale.

Les revenus professionnels des personnes non salariées sont pris en compte selon des modalités particulières⁽¹³⁴⁾.

⁽¹³²⁾ CSS, art. L. 861-2, R. 861-4 et suivants.

⁽¹³³⁾ CSS, art. R. 861-8.

⁽¹³⁴⁾ CSS, art. R. 861-14 et -15.

Les revenus du patrimoine et produits de placement (revenus de biens mobiliers et immobiliers et revenus des capitaux) sont pris en compte selon le montant figurant sur le dernier avis d'imposition connu. Il s'agit donc des revenus correspondant à une année civile complète et non aux 12 derniers mois. Les revenus du patrimoine non imposables comme ceux des livrets A, livrets jeune ou livrets de développement durable ne doivent désormais plus être pris en compte.

En revanche, pour un bien ou un terrain non loué (non producteur de revenu), et à l'exclusion du logement occupé à titre principal, un revenu fictif calculé en fonction de la valeur locative du bien ou du terrain est pris en compte dans les ressources⁽¹³⁵⁾.

L'avis d'imposition joint à la demande permet à la caisse de connaître non seulement le montant des revenus du patrimoine imposables qui doivent être pris en compte, mais également le montant des revenus des pensions et obligations alimentaires versées qui sont déduits des ressources prises en compte⁽¹³⁶⁾.

Pour les personnes disposant d'un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée ou hébergée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement, l'avantage en nature procuré par le logement est pris en compte sous la forme d'une somme forfaitaire, dite « forfait logement ». Il est défini comme une fraction du montant forfaitaire du RSA⁽¹³⁷⁾. Au 1^{er} avril 2020, il était fixé à 67,77 € par mois pour une personne seule, 118,60 € par mois pour deux personnes (135,55 € si aide au logement), 142,32 € par mois pour trois personnes ou plus (167,74 € si aide au logement)⁽¹³⁸⁾.

Toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée, ce qui inclut par exemple les gains aux jeux ou les dons familiaux. Les libéralités servies par des tiers et les avantages en nature (en dehors de ceux liés à une activité professionnelle ou résultant du fait d'être logé à titre gratuit) seront en effet pris en compte lorsqu'ils excèdent 7 % du plafond pour une personne seule (soit 632 € par an)⁽¹³⁹⁾.

Attention! Les caisses qui ont un droit de communication auprès des banques contrôlent, et sans que les personnes concernées n'en soient informées, les mouvements intervenus sur le compte bancaire (tels que les virements ou les dépôts de chèques ou d'espèces).

Si le demandeur ne peut produire tous les éléments justificatifs des revenus, il atteste de l'impossibilité de produire ces pièces et de l'exactitude des revenus renseignés dans le formulaire (CSS, art. R. 861-4).

Remarque : en dépit de cette disposition, de nombreuses caisses exigent des justificatifs de ressources, par exemple des bulletins de salaires, alors même que les personnes ont

(135) CSS, art. R. 861-6.

(136) CSS, art. R. 861-9.

(137) CSS, art. R. 861-5 et R. 861-7.

(138) Le forfait logement s'applique pour l'avantage en nature constitué par une caravane occupée par le demandeur qui en est le propriétaire (CE, 27 juillet 2005, n° 267464).

(139) CSS, art. R. 861-6-1.

déclaré l'absence de tels revenus dans le formulaire de demande⁽¹⁴⁰⁾. Comme cette exigence arrive souvent très peu de temps avant l'échéance de la C2S en cas de renouvellement, qu'elle est souvent indiquée sur le compte personnel Ameli sans que la personne n'en soit informée par courrier, il en résulte des retards ou, en cas de renouvellement, de fréquentes ruptures de droit conduisant à des difficultés, à des renoncements de soins ou à des abandons de la demande de renouvellement.

Les rémunérations d'activité sont diminuées d'un abattement de 30 % dans certaines situations⁽¹⁴¹⁾ : interruption de travail supérieure à 6 mois au titre de la maladie, chômage indemnisé total ou partiel, perception de l'allocation de solidarité spécifique, perception d'une rémunération de stage de formation professionnelle pour les personnes sans emploi. Les rémunérations de stages de formation professionnelle ne sont pas prises en compte si l'intéressé.e justifie qu'il ou elle ne les perçoit plus sans pouvoir prétendre à un revenu de substitution.

Attention! Ces abattements ne sont pas toujours effectués par les caisses et il convient d'être vigilant.

Des abattements forfaitaires sont également appliqués par la caisse sur certaines prestations : allocation aux adultes handicapés, allocation supplémentaire vieillesse, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation de solidarité aux personnes âgées⁽¹⁴²⁾. Ces abattements doivent permettre, sauf exceptions, que les titulaires de ces prestations bénéficient de la C2S avec participation financière.

Certaines ressources ne doivent pas être prises en compte (CSS, art. L. 861-2 et R. 861-10), parmi lesquelles :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité ;
- certaines prestations familiales (allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation de rentrée scolaire, allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et complément de libre choix du mode de garde) ;
- certaines prestations liées à la dépendance (prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, majorations pour tierce personne, prestation de compensation du handicap, allocation compensatrice pour tierce personne, allocation personnalisée d'autonomie) ;
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à 10 % ;
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité (indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié-es) ;
- les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources ;
- les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique ;

⁽¹⁴⁰⁾ Le formulaire est signé par la personne qui « certifie sur l'honneur [...] que les renseignements portés sur la déclaration sont exacts et sincères ».

⁽¹⁴¹⁾ CSS, art. R. 861-8.

⁽¹⁴²⁾ CSS, art. L. 861-2 et arrêté du 20 avril 2018.

– les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation.

Remarque: *trois aides financières d'un montant total de 1 000 € versées par un organisme public, intitulées « aide au déménagement », « aide au chauffage » et « aide équipement ménager » entrent dans le champ des aides à caractère ponctuel, qui sont affectées par ailleurs à des dépenses dans le domaine du logement, et ne doivent pas être prises en compte dans les ressources (CCAS, 17 décembre 2014, n° 130205, décision s'appliquant à la CMU-C et transposable à la C2S).*

Annexe 1. Sigles et abréviations

ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé, remplacée par la complémentaire santé solidaire (avec participation financière) depuis le 1 ^{er} novembre 2019
Agdref	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 »)
AME	Aide médicale d'État
ASE	Aide sociale à l'enfance
AT-MP	Accident du travail-maladie professionnelle
C2S	Complémentaire santé solidaire (a remplacé la CMU-C et l'ACS le 1 ^{er} novembre 2019)
CCAS	Commission centrale d'aide sociale
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (une recodification est annoncée pour 2021 et les numéros des articles de ce code et cités dans cette note pourraient être modifiés)
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale (caisses du régime général de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer)
CJAS	Cahiers de jurisprudence de l'aide sociale
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne (ex-CJCE)
Cleiss	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, et son site www.cleiss.fr sur les accords de sécurité sociale (conventions bilatérales et règlements européens)
CMU	Couverture maladie universelle (nom attribué à une réforme mise en œuvre à compter du 1 ^{er} janvier 2000)
CMU-C	Complémentaire CMU (complémentaire santé gratuite attribuée sous condition de ressources, remplacée par la complémentaire santé solidaire depuis le 1 ^{er} novembre 2019)
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnarefe	Centre national des retraités de France à l'étranger (www.ameli.rfe.fr), service situé près de la CPAM de Seine-et-Marne (77605 Marne-La-Vallée CEDEX 03) qui gère la prise en charge des frais de santé en cas de séjour temporaire en France des pensionnés de vieillesse et de réversion résidant hors UE / EEE / Suisse qui sont titulaires d'une pension de retraite servie par le régime général
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie (caisse du régime général d'assurance maladie de métropole)
Creic	Centre des ressortissants européens inactifs, service centralisé situé au sein de la CPAM de Nîmes (Gard).
CSS	Code de la sécurité sociale
DOM	Département d'outre-mer
DSS	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)

DSUV	Dispositif soins urgents et vitaux
EEE	Espace économique européen (regroupant les pays de l'UE, ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège)
Guda	Guichet unique pour demandeur d'asile
IBAN	International Bank Account Number
MSA	Mutualité sociale agricole (régime de sécurité sociale pour les assurés sociaux relevant du régime agricole)
NIR	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)
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
OIT	Organisation internationale du travail
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
Puma	Protection universelle maladie (nom attribué à une réforme mise en œuvre à compter du 1er janvier 2016). Il ne s'agit pas d'un droit ou d'une prestation.
RIB	Relevé d'identité bancaire
VLS-TS	Visa de long séjour valant titre de séjour
UE	Union européenne
Uncam	Union nationale des caisses d'assurance maladie

Annexe 2. Textes juridiques

Versions à jour des textes au 1^{er} janvier 2021

Code de la sécurité sociale

Article L. 111-1

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

Modifié par loi 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

Modifié par loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 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 organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie 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. 111-2-2

Modifié par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

1° Qui exercent sur le territoire français :

a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France;

b) Une activité professionnelle non salariée;

2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

Article L. 111-2-3

Principe de résidence stable et régulière pour tout le code de la sécurité sociale – renvoi au règlement pour la définition (régularité de séjour pour les assurances sociales = L. 115-6; régularité séjour pour nombreuses prestations – dont la prise en charge des frais de santé – et les assurances sociales = R. 111-3; contrôle de la condition de résidence = R. 111-2)

Créé par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59

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.

Article L. 115-6

Régularité du séjour des étrangers pour tous les régimes d'assurances sociales 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).

Modifié par loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 – art. 64 (V)

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

Modifié par loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 – art. 106

Transféré par loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 – art. 22 (V)

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code 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

Résidence habituelle en France

Modifié par décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 – art. 1

Pour bénéficier des prestations mentionnées aux articles L. 160-1 [prise en charge des frais de santé par l'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 [complémentaire santé solidaire] ainsi que du maintien du droit aux prestations en espèces prévu par l'article L. 161-8 [maintien des droits aux assurances sociales], 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 réputées 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 du séjour (voir arrêté du 10 mai 2017)

Modifié par décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 – art. 1

I.- Peuvent bénéficier des prestations ou aides mentionnées aux articles L. 160-1 [prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie], L. 356-1 [allocation veuvage], L. 815-1 [minimum vieillesse], L. 815-24 [allocation supplémentaire invalidité], L. 861-1 [complémentaire santé solidaire] ainsi que du maintien de droit aux prestations prévu par l'article L. 161-8 [maintien des droits aux assurances sociales], ou être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale [assurances sociales – prestations en espèces maladie, maternité, décès, invalidité, vieillesse], 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.

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

Maintien des droits à l'expiration du titre de séjour

Modifié par décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020

Sous réserve des dispositions du II de l'article R. 114-10-1, le droit aux prestations mentionnées aux articles L. 160-1 [prise en charge des frais de santé] et L. 861-1 [complémentaire santé solidaire] des personnes qui ne sont pas ressortissantes d'un État

membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ne peut être fermé avant la fin du sixième mois qui suit la date d'expiration des titres ou documents justifiant qu'elles remplissent les conditions mentionnées à l'article R. 111-3, sauf si :

- 1° Le bénéficiaire signale qu'il ne réside plus en France ;
- 2° Le bénéficiaire ne relève plus de la législation de sécurité sociale française ;
- 3° Le droit a été fermé dans les conditions prévues par l'article L. 114-12-3 [= fraude] ;
- 4° Le bénéficiaire a fait l'objet d'une mesure d'éloignement administrative devenue définitive. Dans ce cas, le droit ne peut être fermé qu'après la fin du deuxième mois suivant la date d'expiration des titres ou documents mentionnés au premier alinéa.

Article R. 114-10

Contrôle résidence et régularité du séjour

Modifié par décret n° 2017-240 du 24 février 2017 – art. 2

Les organismes en charge de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale procèdent, sur la base des éléments dont ils disposent, à des vérifications du respect des critères fixés en application de l'article L. 111-2-3 et relatifs à la stabilité de la résidence et à la régularité du séjour des bénéficiaires des prestations qu'ils versent. Ces opérations visent notamment à vérifier l'exactitude des déclarations effectuées à ce titre par ces bénéficiaires.

Les organismes peuvent en outre, si les éléments en leur possession ne sont pas suffisants pour permettre d'établir que les critères mentionnés au premier alinéa sont respectés, solliciter les bénéficiaires des prestations pour leur demander de produire des éléments complémentaires. Ces éléments doivent être produits dans un délai maximal d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

En complément de ces vérifications, les agents mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 114-16-3 peuvent procéder à des contrôles sur pièces ou sur place en vue d'apprécier la stabilité de la résidence et la régularité du séjour des bénéficiaires des prestations.

Article R. 114-10-1

Modalités de fermeture des droits lorsque les conditions ne sont plus remplies

Créé par décret n° 2017-240 du 24 février 2017 – art. 3

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'art. R. 111-3 du CSS

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^e 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

Article L. 160-1

Conditions générales d'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé (et mécanisme de prolongation des droits – renvoi vers décret)

Modifié par loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 52 (V)

Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficiant, 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.

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 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 protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1.

Article L. 160-2

Ayants droit mineurs

Modifié par loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 – art. 11 (V)

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 mineurs 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, à une date fixée par décret, l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité.

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.

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 D. 160-1

Ayants droit mineurs

Modifié par décret n° 2018-1258 du 27 décembre 2018 – art. 1

La date définie au deuxième alinéa de l'article L. 160-2 est le jour où l'enfant atteint 18 ans.

La demande prévue au troisième alinéa de l'article L. 160-2 est effectuée par l'enfant auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré dont il est l'ayant droit.

Dès réception de cette demande, l'organisme lui ouvre droit, à titre personnel, à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

L'organisme d'assurance maladie compétent remet à l'enfant un document attestant sa qualité d'assuré.

Article L. 160-3

Pensionnés non résidents

Modifié par loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 – art. 52 (V)

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.

Sous réserve des dispositions relatives au séjour temporaire prévues dans les règlements européens et les conventions internationales de sécurité sociale ou des dispositions applicables dans les États dans lesquels ces personnes résident, prévoyant une prise en charge des soins dispensés hors de leur territoire, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent :

- a) Aux personnes mentionnées aux 1° à 3°, lorsque la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'État dans lequel elles résident en vertu des conventions internationales de sécurité sociale;
- b) Aux personnes mentionnées aux 1° et 3°, non mentionnées au a et dont la pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années au titre d'un régime français;
- c) Aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées aux a et b.

Article L. 160-4

Prise en charge de certains non-résidents

Créé par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59 (V)

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

Modifié par loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 – art. 64 (V)

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.

Article L. 160-6

Catégories exclues de la prise en charge des frais de santé

Créé par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59

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

Soins dispensés à l'étranger

Créé par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59

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. 160-18

Modifié par loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 – art. 11 (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. [...]

Article L. 161-15-1

Perte de prise en charge possible uniquement si perte de résidence stable et régulière

Modifié par loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – art. 59

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 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

Article L. 161-15-4

Obligation d'informer la caisse si la condition de résidence n'est plus remplie et obligation de restituer la carte Vitale

Modifié par loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – art. 15 (V)

Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 160-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée.

En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 114-17-1.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2.

Article R. 115-7

Obligation de déclaration de tout changement dont le transfert de résidence hors de France

Modifié par décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 – art. 10

Toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation mentionnée au premier alinéa de l'article R. 111-2 dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme.

Article R. 161-1

Identification (ex immatriculation) au moyen de deux pièces, identité et état civil

Modifié par décret n° 2017-736 du 3 mai 2017 – art. 1

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 qui lui a été attribué à sa naissance par l'Institut national de la statistique et des études économiques si cette personne est née en France ou, sur la base des pièces d'identité et d'état civil qu'elle communique, à l'occasion de sa première activité professionnelle en France ou sa première démarche devant être effectuée en vue du bénéfice d'une allocation ou prestation de sécurité sociale, par l'organisme mentionné à l'article L. 222-4 par délégation de l'Institut mentionné ci-dessus, si cette personne est née à l'étranger.

Pour les personnes nées à l'étranger, le recueil des pièces justificatives nécessaires à l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques s'effectue par l'intermédiaire de l'organisme de sécurité sociale de base auprès duquel sont effectuées les démarches en vue du bénéfice d'une prestation de sécurité sociale. Celui-ci se charge des échanges nécessaires avec l'organisme mentionné à l'article L. 222-4.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa les personnes nées à l'étranger qui sollicitent le bénéfice d'une pension de droit dérivé et qui ne disposent pas de numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques transmettent directement les pièces justificatives nécessaires à l'attribution d'un tel numéro à l'organisme mentionné à l'article L. 222-4.

Un numéro identifiant d'attente est attribué par l'organisme mentionné à l'article L. 222-4 pour les personnes mentionnées aux deuxième et troisième alinéas en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Article L. 161-1-4

La non-présentation de pièces justificatives demandées relatives à l'identité ou aux conditions du droit à la prestation peut entraîner la suspension des droits, sauf la prise en charge des frais de santé

Modifié par loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 83 (V)

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, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de ces demandes lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé exerçant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret [2 mois / D. 161-1-3], soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification.

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.

Article D. 160-2

Condition de stabilité de la résidence (ancienneté de présence de plus de 3 mois)

Modifié par décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 – art. 1

I. – Les personnes qui demandent à bénéficier de la prise en charge des frais de santé en application des dispositions de l'article L. 160-5 doivent produire un justificatif démontrant qu'elles résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois :

Ce justificatif peut attester de la perception d'une des prestations ou allocations suivantes, attribuées sous des conditions de résidence équivalentes :

- a) Prestations familiales définies à l'article L. 511-1 et au chapitre V du titre V du livre VII ;
- b) Allocations aux personnes âgées définies au titre I du livre VIII ou à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;
- c) Aide personnalisée au logement et allocations de logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation ;
- d) Prestations définies au livre II du code de l'action sociale et des familles, à l'exception de celles mentionnées au titre V de ce livre ;
- e) Allocation définie à l'article L. 821-1 du présent code ;
- f) Aide définie à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles.

II. – La condition de stabilité de la résidence est également satisfaite, sans délai, pour la personne qui présente un justificatif démontrant qu'elle relève de l'une ou l'autre des catégories suivantes :

1° Personnes reconnues réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire ou les personnes mineures enregistrées par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile ou à la charge d'une personne enregistrée comme telle et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues par les articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

2° Personnes de retour en France après avoir accompli, en application des dispositions du chapitre II du titre II du livre I du code du service national, un volontariat international à l'étranger, si elles n'ont droit à aucun autre titre aux prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;

3° Membres de la famille au sens de l'article L. 161-1 qui rejoignent ou accompagnent pour s'installer en France un assuré y séjournant dans les conditions prévues à l'article L. 160-1 ;

4° Personnes prises en charge par les établissements ou services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

5° Personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique.

III. – Les caisses primaires d'assurance maladie sont habilitées à procéder d'office à l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé des personnes mentionnées à l'article L. 160-5 lorsqu'elles ont connaissance qu'elles remplissent les conditions prévues par cet article.

Complémentaire santé solidaire

Article L. 861-1

Modifié par loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 – art. 52 (V)

Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :

1° Sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;

2° Sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 %.

Le plafond mentionné aux 1° et 2° varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge du foyer d'une personne mentionnée aux trois premiers alinéas.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5.

Article L. 861-5

Modifié par loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 – art. 46 (V)

La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3.

Les services sociaux et les associations ou 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 de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents

correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales.

Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection.

La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au quatrième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.

Annexe 3. Formulaire Cerfa n° 15763*02

« Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie »

janvier 2021



N° 15763*02

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 (*) 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 (faucialité 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 élu domicile
(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 passible 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 sociaux (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 sociales, 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 preuves justificatives de votre situation (articles L.114-10-3 et L.161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

S 1106a

Pièces justificatives

Vous devez fournir :



N° 15763*02

<i>Pour justifier de votre identité si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un Etat de l'UE/EEE⁰¹ ou de la Suisse</i>	▶ Une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.
<i>Pour justifier de votre identité et de la régularité de votre séjour si vous êtes ressortissant d'un Etat hors UE/EEE⁰¹ et Suisse</i>	▶ Une photocopie de votre titre ou document de séjour en cours de validité, tel que carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, carte de résident, 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...
<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>	▶ 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, si vous en disposez. (Ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible.) Votre organisme d'assurance maladie vous indiquera s'il faut la faire traduire.
<i>Si vous exercez une activité professionnelle</i>	▶ Une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple votre contrat de travail ou un bulletin de paie.
<i>Pour justifier de la stabilité de votre résidence en France si vous êtes sans activité professionnelle :</i>	▶ Toute pièce justificative de cette situation.
<p>1) Si vous êtes dans l'une des situations ci-dessous vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé sans délai :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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... - inscrit dans un établissement d'enseignement ou stagiaire dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, - de retour en France après un volontariat international à l'étranger, - membre de la famille rejoignant ou accompagnant, pour s'installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, - reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire - personne mineure enregistrée comme demandeur d'asile ou personne mineure à la charge d'un demandeur d'asile - 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 <p>2) Si vous n'êtes pas dans l'une des situations ci-dessus, vous devez justifier de trois mois de résidence en France pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé</p>	<p>▶ Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone fixe successives, facture d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité, attestation de demande d'asile datée de plus de trois mois... - 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. - 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.
<i>Si vous avez des enfants mineurs à votre charge</i>	<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 www.ameli.fr ou à demander à votre organisme d'assurance maladie.</p> <p>▶ Si vous êtes demandeur d'asile, l'attestation de demande d'asile portant la mention des mineurs à votre charge.</p>
<i>Pour le versement de vos prestations</i>	▶ Votre relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

⁰¹ 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, Slovaquie, Suède.

S 1106a

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

Assurance maladie et complémentaire santé solidaire
(2^e édition à jour des dernières réformes de 2020)

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).

Il s'agit ici de faire le point plus particulièrement sur les conditions auxquelles font face les personnes étrangères, et notamment les conditions relatives à la résidence sur le territoire, à la régularité du séjour, à l'ancienneté de présence en France et à la justification de l'identité. Cette note, par rapport à la version précédente, est augmentée d'une présentation des conditions d'accès à la nouvelle complémentaire santé solidaire (ex-complémentaire CMU ou CMU-C).

Cette publication est à jour des dernières réformes. Depuis la précédente édition (novembre 2017), certaines dispositions législatives et réglementaires ont en effet été modifiées et de nouvelles instructions données aux caisses sont venues préciser ou modifier les règles d'accès aux droits. Les principaux changements concernent la prolongation des droits après l'expiration du titre ou document de séjour, la prise en charge des demandeurs d'asile adultes, l'appréciation de la condition de régularité de séjour, la prise en charge des retraités non-résidents lors de leur séjour temporaire en France et la mise en place de la nouvelle complémentaire santé solidaire.

Collection *Les notes pratiques*
www.gisti.org/notes-pratiques
Directrice de la publication : Vanina Rochiccioli

Gisti
3, villa Marcès 75011 Paris
Facebook & twitter
www.gisti.org

NP 55

Janvier 2021

ISBN 978-2-38287-050-1



9 782382 870501

8 €