

## POINT REGLEMENTAIRE - Le 15/11/2006

### I- CMU COMPLEMENTAIRE

#### 1) Calcul des ressources

Par un jugement du 20 février 2006, la commission centrale d'aide sociale a considéré que "l'allocation de base de la PAJE, prévue à l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale, qui a remplacé l'allocation pour jeune enfant, doit être regardée comme l'allocation pour jeune enfant au sens de l'article R. 861-10 (16°) du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur à la date de la demande".

Au regard de cette jurisprudence, et dans l'attente de la publication du décret nécessaire, il est demandé que vous considériez désormais que les prestations sociales ayant remplacé d'anciennes prestations figurant au nombre de celles figurant à l'article R. 861-10 du code de la sécurité sociale doivent être également exclues des ressources prises en compte, dès lors que ces nouvelles prestations ont une portée équivalente permettant de les assimiler aux anciennes prestations.

**Doivent donc être exclues des ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la CMU complémentaire :**

- **la prime à la naissance** (art. L. 531-2 et L. 755-19 du code de la sécurité sociale) et **l'allocation de base** (1er alinéa de l'art. L. 531-3 et L. 755-19) **de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)** qui remplacent l'allocation pour jeune enfant ;
- **le complément de libre choix de mode de garde** (art. L. 531-5, L. 531-6 et L. 755-19) de la PAJE qui remplace l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée et sa majoration et l'allocation de garde d'enfant à domicile ;
- **l'allocation personnalisée d'autonomie** (art. L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles) en tant qu'elle remplace la prestation spécifique dépendance ;
- **la prestation de compensation** (art. L. 245-1) en tant qu'elle remplace l'allocation compensatrice ;
- **l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé** (art. L. 541-1 et L. 755-20 du code de la sécurité sociale) qui remplace l'allocation d'éducation spéciale.

**Doivent donc être intégrées dans les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la CMU complémentaire :**

- **la prime à l'adoption** (art. L. 531-2 et L. 755-19) et l'allocation de base (2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.531-3 et L.755-19) en tant qu'elles remplacent l'allocation d'adoption ;
- **le complément de libre choix d'activité** (art. L. 531-4 et L. 755-19) de la PAJE qui remplace l'allocation parentale d'éducation ;
- **l'allocation équivalent retraite** (art. L. 351-10-1 du code du travail) qui, à la différence de l'ancienne allocation spéciale d'attente, n'est plus servie en complément de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu minimum d'insertion, mais en remplacement de ces dernières.

**Doivent faire l'objet d'un abattement de 30 %, les rémunérations d'activité perçues par toutes les personnes composant le foyer, lorsque l'intéressé :**

- est titulaire de **l'allocation temporaire d'attente** (art. L. 351-9 du code du travail) qui remplace l'allocation d'insertion. En conséquence, il convient de procéder à l'abattement sur ressources prévu au 3<sup>o</sup> de l'article R. 861-8 du code de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que celles prévues actuellement pour l'allocation d'insertion.

## 2) Les refus de soins

Il vous est demandé de bien vouloir transmettre les signalements de refus ou de difficultés d'accès aux soins, de refus de vente ou de non respect des limites tarifaires à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire, **non pas mensuellement, mais dans les 15 jours qui suivent chaque trimestre échu**, à savoir, au plus tard le :

- 15 avril pour le trimestre de janvier à mars de chaque année,
- 15 juillet pour le trimestre d'avril à juin de chaque année,
- 15 octobre pour le trimestre de juillet à septembre de chaque année,
- 15 janvier pour le trimestre de janvier à mars de chaque année.

A cette même échéance, vous transmettez un état retraçant les suites données aux signalements du trimestre précédent et les résultats obtenus pour chacun d'entre eux.

L'ensemble de ces éléments doivent être transmis uniquement à l'adresse suivante : [raphaelle.verniolle@cnamts.fr](mailto:raphaelle.verniolle@cnamts.fr)

## 4) Organismes complémentaires

Pour faire suite à la diffusion du guide des bonnes pratiques de la CMU complémentaire (LR-DNR-15/2006 du 21/07/2006), nous vous informons que les caisses disposent d'un « Espace Partenaires » sur le site du Fonds CMU.

Pour y accéder, à partir de la page d'accueil du site, vous devez utiliser le bouton ACCES RESERVE.

Un identifiant et un mot de passe vous seront demandés :

Identifiant = partenaire ;

Mot de passe = pa5843rt

Vous avez alors accès à deux listes :

- une liste faisant apparaître l'historique des OC depuis 2001 (entrées, sorties, maintien)
- la liste de l'année en cours (maintien et entrées).

#### 5) Contrat de sortie de CMU complémentaire et contrats responsables

Les prolongations d'adhésion ou de contrat offertes à l'expiration des droits à la CMU complémentaire, prévues à l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989 modifiée, doivent prévoir la prise en charge des mêmes garanties, à l'exception de celles prévues dans le cadre de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, définissant les règles des contrats « responsables ».

Aux termes de la circulaire DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006, la seule incompatibilité existante concerne la prise en charge des majorations du ticket modérateur applicables en l'absence de désignation du médecin traitant, de consultation en dehors du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical personnel.

Ainsi, pour le bénéfice des aides fiscales et sociales, la circulaire ministérielle susvisée prévoit que seuls les contrats de sortie entrant en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 doivent prévoir que ces majorations de participation ne sont pas prises en charge.

#### 6) Bénéficiaires de l'AAH hospitalisés ou placés dans une MAS (maison d'accueil spécialisé)

L'article R.821-8 du code de la sécurité sociale, prévoit qu'en cas de placement en MAS, le montant de l'AAH est réduit de manière à ce que son bénéficiaire conserve 30 % du montant mensuel de son allocation.

Néanmoins, cet article précise **qu'aucune réduction n'est effectuée lorsque l'allocataire est "astreint au paiement du forfait journalier prévu à l'article L.174-4"**.

Ainsi, en théorie, ces nouvelles dispositions viseraient également les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Néanmoins, après avoir contacté la Caisse d'allocations familiales sur cette question, il apparaît que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne sont pas considérés comme "astreints au paiement du forfait journalier" dans la mesure où celui-ci est pris en charge par la CMU complémentaire.

**Les instructions de la CNAMTS sur cette question sont donc toujours applicables.**

#### 7) Présomption de droit au RMI et CMU complémentaire

Pour simplifier les démarches des demandeurs du RMI, toute demande déposée auprès d'un organisme habilité entraîne une présomption de droit à la CMU complémentaire (circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17/12/1999).

Néanmoins, il convient de rappeler que si l'attribution du RMI est ensuite refusée par la caisse d'allocations familiales, celle-ci doit en informer la caisse d'assurance maladie afin qu'une étude des ressources de l'intéressé et de ses personnes à charge soit effectuée.

**En cas de dépassement du plafond de ressources, les droits à la CMU complémentaire acquis dans le cadre de la présomption doivent être interrompus à compter du jour de la décision de la caisse d'assurance maladie.**

## II- AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE

### 1) Dénomination du dispositif

L'appellation la plus souvent utilisée (« crédit d'impôt ») ne correspondant pas à la réalité de la prestation pour les intéressés, les supports de communication nationaux (formulaires, dépliants ...) ont été modifiés afin que le dispositif soit désormais intitulé : Aide pour une complémentaire santé.

### 2) Echéance du contrat

Les caisses primaires d'assurance maladie nous interrogent de plus en plus sur les différents cas de fin de contrat pouvant autoriser une demande de renouvellement anticipée de l'Aide pour une complémentaire santé.

Compte tenu de la jurisprudence de la Cour de cassation, il convient de distinguer juridiquement les situations intervenant aux échéances du contrat :

- **Si le contrat est (tacitement ou non) reconduit ou renouvelé**, le contrat antérieur a pris fin et il doit dès lors être fait application de l'article R. 863-4 du code de la sécurité sociale. Il est donc mis fin au droit à déduction et l'organisme de protection sociale complémentaire doit remettre à l'intéressé une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la date de fin du contrat. Cette attestation est ensuite présentée par l'intéressé à sa caisse à l'appui de sa demande de droit qui peut être anticipée par rapport à l'échéance du droit initial d'un an accordé par la caisse.
- **Si le contrat est prorogé**, le même contrat se poursuit jusqu'à la nouvelle échéance convenue. Les dispositions de l'article R. 863-4 ne sont pas applicables et il convient de s'en tenir au dispositif de droit commun défini au 5ème alinéa de l'article R. 863-1 (renouvellement examiné sur demande présentée entre 2 et 4 mois avant l'échéance du droit).

### 3) Contrats responsables

Aux termes de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les contrats d'aide pour une complémentaire santé sont soumis aux règles régissant les contrats « responsables ».

Ainsi, le versement des aides fiscales et sociales est subordonné au respect des règles fixées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

La circulaire du DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 définit le contenu des contrats « responsables ».

- Interdictions minimales de prise en charge :
  - la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et les actes médicaux et sur les actes de biologie médicale ;
  - la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins ;
  - à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, la modulation du ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel ;
  - les dépassements d'honoraires pratiqués sur le tarif des actes et consultations des médecins lorsque ces derniers sont consultés en dehors du parcours de soins.
  
- Obligations minimales de prise en charge :
  - 2 prestations liées à la prévention ;
  - les prestations liées aux consultations du médecin traitant (à hauteur de 30% du tarif de responsabilité) et à ses prescriptions (à hauteur de 30% du tarif de responsabilité pour les médicaments à « vignette blanche » et à hauteur de 35% du tarif de responsabilité pour les frais d'analyses et de laboratoires).

### III- AIDE MEDICALE DE L'ETAT

La décision du Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> sous-section réunies, 2006-06-07, 285576) a annulé les deux décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'Etat au motif que la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France ne peut-être opposée aux mineurs étrangers.

Ainsi, les enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière devaient bénéficier d'un accès général aux soins dès le premier jour de leur arrivée sur le territoire.

En conséquence, avant de prononcer un refus d'aide médicale de l'Etat pour défaut de condition de résidence, vous devez vérifier que le foyer est composé ou non d'enfants mineurs.

En cas de réponse positive, **les enfants mineurs doivent être identifiés en leur nom propre au titre de l'aide médicale de l'Etat.** En effet, même si la condition de régularité de la résidence n'est pas opposable aux enfants mineurs, leur situation au regard du séjour suit celle de leurs parents.

En outre, il paraît plus simple en gestion d'inscrire durant les trois premiers mois les enfants mineurs à l'aide médicale de l'Etat et ensuite, les parents afin que toute la famille relève du même dispositif.

Les droits devront donc prendre effet au jour de la demande d'aide médicale de l'Etat formulée par le représentant légal et prendront fin au jour où il sera possible d'enregistrer ces enfants mineurs à un autre titre, à savoir, par exemple, en tant que personnes à charge du représentant légal bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou en tant qu'ayant droit du représentant légal affilié à un autre régime.