

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET
DE LA SOLIDARITE**DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Sous-direction de l'accès aux soins
Bureau de l'accès à l'assurance maladie (2A)

Paris, le

Suivi du dossier :
Tél.: 01.40.56.69.95
Télécopie : 01.40.56.69.57

La ministre de l'emploi et de la solidarité

à

Madame et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales, direction de la solidarité et de la santé
de Corse et de la Corse-du-Sud, direction
interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-
Guyane, direction départementale de la sécurité
sociale de la RéunionMesdames et Messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires sanitaires
et socialesMonsieur le directeur de la Caisse nationale de
l'assurance maladie des travailleurs salariésMonsieur le directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie et maternité des travailleurs
non salariésMesdames et Messieurs les directeurs des Caisses
nationales des régimes spéciaux d'assurance
maladie (BDF, CAMAC, CANSSM, CCIP,
CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de
Bordeaux, RATP, SNCF)Madame la directrice de la Caisse nationale des
allocations familiales**CIRCULAIRE N° DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999** relative à la mise en œuvre de la
couverture maladie universelle.Date d'application : 1^{er} janvier 2000

NOR : MESS9930624C (texte non paru au Journal Officiel)

Grille de classement : SS 1 131 Renvoi à : SS 5 53

Résumé : mise en œuvre de certaines dispositions de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
--

Mots-clés : couverture maladie universelle - affiliation - régime général sur critère de résidence - couverture complémentaire - demande autonome – demande - déclaration sur l'honneur - aide sociale à l'enfance - protection judiciaire de la jeunesse.

Textes de référence :

chapitre préliminaire du titre VIII du livre III et chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale ;

loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 ;

décrets n° 99-1003 du 25 novembre 1999, n° 99-1004, 99-1005 et 99-1006 du 1^{er} décembre 1999 et n° 99-1049 du 15 décembre 1999.

Textes abrogés ou modifiés :

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a institué un nouveau critère d'affiliation au régime général pour les personnes sans autre titre pour être protégées contre le risque maladie et un droit à une couverture complémentaire pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles. En vue d'une bonne application de ces dispositions, la présente circulaire a pour objet de détailler certains points sur lesquels je souhaite appeler votre attention. En ce qui concerne la couverture de base (A), il convient de souligner l'importance que revêt l'admission immédiate au régime général sur critère de résidence ainsi que le caractère subsidiaire de l'affiliation sur ce critère. S'agissant de la couverture complémentaire (B), des informations vous sont communiquées concernant les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (I), le dossier de demande et son instruction (II), le mécanisme de forfaitisation des prestations familiales prises en compte dans les ressources (III), la date d'effet de la décision et le cas particulier de l'attribution du droit à la date du dépôt de la demande (IV), l'examen des demandes à titre autonome (V) et sur les modalités d'exercice du contrôle du droit (VI). Enfin, des modalités particulières de prise en charge sont prévues pour les enfants relevant des services de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse (C).

A. - DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROTECTION DE BASE

I. - ADMISSION IMMÉDIATE AU RÉGIME GÉNÉRAL SUR CRITÈRE DE RÉSIDENCE

L'ambition de la loi portant création d'une couverture maladie universelle est de permettre à tous de bénéficier sans délai de la protection d'un régime de sécurité sociale, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent puisque 700 000 personnes environ n'avaient pas accès à un régime obligatoire à partir des critères traditionnels d'affiliation (activité professionnelle, retraite, perception de certaines prestations à caractère social).

Désormais, tout résident stable et régulier (ce dernier critère étant applicable aux seuls étrangers) doit être affilié au régime général s'il n'a pas de droits ouverts à un autre titre dans un régime de base. La suppression de l'assurance personnelle représente un progrès considérable : couverture de la totalité de la population, allègement des procédures et des délais d'ouverture du droit sans restriction du fait de la déconnexion entre le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et le paiement éventuel de cotisations, suppression de la cotisation minimale dont le montant élevait dissuadait les personnes aux revenus modestes de s'affilier à ce régime facultatif.

Pour concrétiser le caractère universel de la couverture de base, un mécanisme d'affiliation et d'ouverture immédiate du droit a été mis en place. Il permet la prise en charge des personnes dont le régime d'assurance maladie n'est pas connu (complexité de gestion des différents régimes, manque d'information des intéressés sur leurs droits). À cet effet, les caisses primaires d'assurance maladie (ou les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer) seront amenées à affilier sans délai au régime général sur critère de résidence des personnes qui relèvent en réalité d'un

autre régime. La caisse qui aura procédé à l'affiliation devra effectuer les recherches nécessaires pour identifier le régime compétent à l'égard de l'assuré.

II. - CARACTÈRE SUBSIDIAIRE DE L'AFFILIATION AU RÉGIME GÉNÉRAL SUR CRITÈRE DE RÉSIDENCE

Il résulte des dispositions de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale que tout résident stable et régulier relève du régime général sur critère de résidence lorsqu'il n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Ainsi, une personne ne peut relever du régime général sur critère de résidence en qualité d'assuré ou d'ayant droit lorsqu'elle peut prétendre à tout autre titre aux prestations d'un autre régime obligatoire, que ce soit en qualité d'assuré ou d'ayant droit ou au titre d'un maintien de droits.

III. - DURÉE DU MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ

L'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale prévoit que " les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. " Les prestations maintenues concernent les prestations en nature, et, le cas échéant, les prestations en espèces, indemnités journalières notamment.

La mesure provisoire de prolongation pendant trois ans des maintiens de droits qui arrivent à échéance avant le 31 décembre 1999, instaurée par l'article 4 du décret n° 98-275 du 9 avril 1998, prend fin le 31 décembre 1999. La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit le principe d'une distinction de durée des maintiens de droits en fonction du type de prestations (en espèces ou en nature).

Le décret en Conseil d'État du 15 décembre 1999 portant diverses mesures d'application de la loi précitée prévoit de porter la durée du maintien du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité à quatre ans dans le dernier régime dont relevait le titulaire du maintien de droits. Pour éviter des ruptures de droit, une disposition de coordination permet aux personnes dont le maintien de droit initial d'un an aux prestations en nature des assurances maladie et maternité arrive à échéance après le 31 décembre 1999 de bénéficier d'un maintien supplémentaire de ce droit pendant trois ans à compter de cette date d'échéance.

IV. - CHAMP D'APPLICATION DE L'EXTENSION DE LA DURÉE DU MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE

A. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

Cette mesure concerne les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire (article L. 161-8 du code de la sécurité sociale) et plus particulièrement, lorsqu'ils ne relèvent d'un régime à aucun titre, les ayants droit d'un assuré décédé ou l'ayant droit divorcé d'un assuré (article L. 161-15 du même code), les appelés et leurs ayants droits lorsqu'ils sont libérés du service national (article L. 161-11), les détenus et leurs ayants droit à compter de leur libération (article L. 161-13). Le maintien du droit des bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation ou d'un congé parental d'éducation reste régi par les dispositions en vigueur (articles L. 161-9, L. 311-5 dernier alinéa et D. 161-2 du code de la sécurité sociale).

B. - CAS PARTICULIER DES CHÔMEURS

Les chômeurs, en fonction de leur situation (indemnisation ou non, fin de droits) bénéficient de

dispositions de maintien de droit à différents titres.

Les primo-demandeurs d'emploi, s'ils étaient précédemment ayants droit d'un assuré (parent...), bénéficient de l'extension de la durée du maintien de droit. S'ils ne l'étaient pas (anciens assurés personnels), ils sont affiliés automatiquement au 1^{er} janvier 2000 au régime général sur critère de résidence.

Les chômeurs ni indemnisés ni indemnisables bénéficient de l'extension de la durée du maintien du droit aux prestations en nature dans le régime de leur dernière activité. À l'issue de ce maintien de droit, s'ils ne relèvent d'aucun régime professionnel, ils doivent être affiliés au régime général sur critère de résidence.

Lorsqu'ils sont en cours d'indemnisation au titre de l'assurance chômage ou du régime de solidarité, les intéressés relèvent de l'article L. 311-5 qui prévoit un maintien du droit aux prestations en nature et en espèces dont la durée se confond avec la période d'indemnisation. À l'issue de leur indemnisation, ils bénéficient de quatre ans de maintien du droit aux prestations en nature au titre de l'article L. 161-8 et d'un an de maintien du droit aux prestations en espèces. Si, à l'expiration de ces quatre ans, ils ne relèvent, en qualité d'assuré ou d'ayant droit, d'aucun régime sur un critère autre que celui de la résidence, ils bénéficient, au titre de l'article L. 311-5, d'un maintien de droit illimité aux prestations en nature aussi longtemps qu'ils demeurent à la recherche d'un emploi (cette dernière condition n'étant toutefois pas opposable aux chômeurs âgés de plus de cinquante-cinq ans).

Enfin, les chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise qui débudent leur nouvelle activité, peuvent, à leur demande, continuer à être affiliés pendant douze mois au régime de leur dernière activité en application de l'article L. 161-1-1.

B. - LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'affiliation de tous les résidents stables et réguliers à un régime de base n'est cependant pas suffisante pour régler l'ensemble des problèmes d'accès aux soins des populations dont les ressources sont modestes. La loi portant création d'une couverture maladie universelle ouvre donc un droit, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire et à la dispense d'avance de frais pour l'ensemble de la couverture.

Pour assurer la plus grande efficacité de ce dispositif, l'objectif des caisses d'assurance maladie doit être de prononcer des attributions dans les plus brefs délais.

I. - LES DEMANDEURS DU REVENU MINIMUM D'INSERTION

Les demandes de protection complémentaire émanant de personnes dont le dossier en vue de l'attribution de revenu minimum d'insertion (RMI) a été transmis à la caisse d'allocations familiales (CAF) doivent recevoir un traitement spécifique.

Les caisses d'assurance maladie recevront des organismes habilités (services sociaux et associations ou organismes à but non lucratif agréés et établissements de santé) une attestation de transmission de la demande de RMI accompagnée du formulaire de demande de protection complémentaire en matière de santé. Lorsque la demande aura été déposée directement auprès d'une caisse d'allocations familiales, cette dernière transmettra l'attestation de demande de RMI auprès de la caisse d'assurance maladie compétente, accompagnée du formulaire précité. La page de ce formulaire relative aux ressources n'a pas à être remplie.

Les caisses d'assurance maladie attribueront la protection complémentaire en matière de santé aux intéressés dès réception de ces documents.

II. - LES AUTRES DEMANDEURS : LE DOSSIER DE DEMANDE ET L'INSTRUCTION

Le dossier de demande du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé comprend un formulaire de demande (conforme à un modèle défini par arrêté) dont l'essentiel est constitué par une déclaration de ressources, accompagné des pièces mentionnées sur ce formulaire relatives à la composition et aux revenus du foyer qui permettent d'apprécier la situation du demandeur.

Le dossier est en état d'être instruit lorsqu'il comporte le formulaire rempli (à l'exception de la rubrique intitulée : "votre situation familiale" et des précisions sur l'inactivité professionnelle qui sont facultatives et seront supprimées dans une version ultérieure du formulaire) et les pièces justificatives relatives à la condition de résidence ainsi qu'à la composition du foyer.

Si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être encouragée, son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit. Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose.

Les intéressés devront être informés de la faculté de contrôle dont dispose la caisse pour vérifier leurs déclarations et des conséquences d'une fausse déclaration ou d'une réticence de leur part à fournir les informations nécessaires à l'instruction de leur dossier prévues à l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale (cf. VI).

Dès réception du dossier, la caisse vérifie qu'il est complet. Si c'est le cas, elle envoie au demandeur un récépissé mentionnant notamment la date du dépôt. Si le dossier est incomplet, elle envoie au demandeur un avis comportant les éléments à fournir.

Je rappelle enfin que seules les caisses d'assurance maladie ont le pouvoir d'instruire les demandes de protection complémentaire et que les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale ont un rôle d'information et d'aide à la constitution du dossier.

III. - LE CAS PARTICULIER DES PRESTATIONS FAMILIALES : UN CALCUL PAR FORFAITS

Pour simplifier l'appréciation de la part des ressources provenant des prestations familiales, il convient de recourir à l'emploi de forfaits.

En effet, le montant des prestations familiales est fortement corrélé à quelques paramètres dont la connaissance permet de prédéterminer une estimation proche du montant réel.

Vous trouverez en annexe les tableaux qui établissent ces forfaits.

Les forfaits pris en compte seront ceux correspondant à la situation familiale au moment de la demande. Bien entendu il conviendra de prendre en considération la situation réelle chaque fois que celle-ci sera plus favorable aux demandeurs qui l'auront signalée.

IV. - LA DÉCISION D'ATTRIBUTION DU DROIT À LA DATE DU DÉPÔT DE LA DEMANDE ET LA DATE D'EFFET

Les procédures d'instruction doivent permettre d'attribuer le droit dans des délais très brefs. C'est d'autant plus nécessaire que le droit court à compter de la date de la décision. Le respect des recommandations prévues au I et au II doit permettre de prendre les décisions bien avant l'expiration du délai réglementaire de deux mois à compter de la réception par la caisse compétente du dossier complet de demande prévu au troisième alinéa de l'article L. 861-5 du même code. Si toutefois, dans des cas qui doivent demeurer exceptionnels, l'instruction d'un dossier devait conduire à épuiser ce délai, je vous rappelle que son expiration emporte une décision implicite d'acceptation nécessitant la

délivrance d'une attestation permettant l'exercice effectif du droit.

Toutefois, pour donner un accès effectif aux soins des personnes dont la situation exige une admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé, les décisions les concernant doivent être prises dès la date du dépôt de la demande conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

La précarité à laquelle est confrontée une part importante de la population destinataire de la protection complémentaire en matière de santé doit conduire les caisses à recourir dans toute la mesure du possible à la procédure d'admission dès le dépôt de la demande.

Ainsi, l'admission dès le dépôt de la demande devra être prononcée non seulement quand des soins immédiats ou programmés sont nécessaires mais aussi lorsqu'il apparaît indispensable, compte tenu de leur situation sociale, que les personnes bénéficient sans délai de la possibilité de recourir au système de santé (par exemple, pour les familles avec de jeunes enfants, pour des personnes vivant dans des situations d'exclusion). Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés et établissements de santé mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 861-5 qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toutes dispositions pour que cette notification de droit à la protection complémentaire en matière de santé soit délivrée dans la journée à l'intéressé et le cas échéant parvienne par tout moyen (notamment par télécopie) à l'organisme auprès duquel l'intéressé a présenté sa demande.

Le demandeur séjournant dans un établissement de santé peut ne pas avoir été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement. Il conviendra dans ce cas que l'établissement de santé établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais, la date d'entrée dans l'établissement de santé étant alors assimilée à la date du dépôt de la demande.

Le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période d'un an à compter de la date de la décision, même si l'intéressé dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à un an.

V. - LA DEMANDE AUTONOME DE PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

La demande de protection complémentaire en matière de santé est en principe effectuée par un demandeur pour l'ensemble de son foyer tel qu'il est défini à l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale. Celui-ci se compose, outre l'auteur de la demande :

- de son conjoint soumis à une imposition commune (au regard de la dernière déclaration fiscale) ou de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- des enfants et autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande rattachés (au regard de la dernière déclaration fiscale) au foyer fiscal du demandeur ou de son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS ;
- des enfants du demandeur, de son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre ;
- des enfants majeurs du demandeur, de son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande et recevant une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Cependant, dans certains cas particuliers, les personnes qui devraient être rattachées à un foyer pour l'examen du droit à la protection complémentaire en matière de santé en vertu des dispositions visées ci-dessus, peuvent obtenir le droit à cette protection à titre personnel. Ces dérogations concernent les mineurs de plus de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, les conjoints et enfants dont la situation notamment au regard du droit fiscal a évolué ou est en cours d'évolution, les majeurs de dix-huit à vingt-cinq ans ayant des enfants. Enfin, le cas des mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance et à la protection judiciaire de la jeunesse est traitée au C de la présente circulaire.

A. - LES MINEURS DE PLUS DE SEIZE ANS DONT LES LIENS AVEC LA VIE FAMILIALE SONT ROMPUS

Le dernier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les mineurs de plus de seize ans peuvent bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé à titre personnel, sur décision de l'autorité administrative, lorsque les liens avec la vie familiale sont rompus. Dans ce cas, le rattachement éventuel au foyer fiscal de leurs parents ou de la personne qui les a recueillis au sens de l'article 196 du code général des impôts, ne peut être opposé à ces jeunes demandeurs. Cette compétence sera déléguée par le préfet de département à la caisse dont relève le demandeur. Lorsque la caisse compétente ne sera pas connue, la décision reviendra à la caisse primaire d'assurance maladie (ou, dans les départements d'outre-mer, à la caisse générale de sécurité sociale) qui aura été saisie par l'intéressé et qui devra préalablement à l'instruction de la demande de protection complémentaire en matière de santé, mettre en œuvre la procédure d'affiliation immédiate prévue à l'article L.161-2-1 sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière.

Il appartiendra à la caisse concernée d'apprécier en opportunité la situation et d'examiner la demande à titre personnel dès lors qu'il peut être présumé en situation de rupture avec sa famille et que son accès aux soins n'apparaît pas assuré.

B. - LES CONJOINTS ET LES ENFANTS MAJEURS DE MOINS DE VINGT-CINQ ANS

Pour tenir compte du décalage entre la situation des intéressés telle qu'elle résulte de leur déclaration fiscale et leur situation réelle au moment de la demande, celle-ci pourra être examinée à titre personnel, dans certains cas :

- pour les conjoints soumis à une imposition commune ;
- pour les enfants, même mariés, y compris ceux qui sont recueillis au foyer au sens de l'article 196 du code général des impôts (petits-enfants, neveux, nièces... ou étrangers à la famille recueillis au foyer du contribuable et à sa charge effective et exclusive) de moins de vingt-cinq ans, fiscalement rattachés au foyer fiscal de leurs parents ou de la personne qui les a recueillis ;
- pour les enfants recevant une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Lorsque ces situations ont pris fin entre la date de la dernière déclaration fiscale et la date de la demande, l'intéressé doit, pour voir sa demande examinée à titre personnel, le déclarer sur l'honneur et s'engager à établir dorénavant une déclaration de revenu distincte de celle du foyer fiscal auquel il était antérieurement rattaché (sauf dans le cas de l'enfant percevant une pension déductible qui établit déjà une déclaration distincte).

C. - LES MAJEURS DE DIX HUIT À MOINS DE VINGT-CINQ ANS AVEC ENFANT(S)

Lorsque les majeurs qui devraient être rattachés au foyer de leurs parents ont eux-mêmes un ou plusieurs enfants, il conviendra de considérer que les intéressés forment, avec leur(s) enfant(s), un foyer distinct.

D. - LES ENFANTS MINEURS CONFIÉS AU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE OU À LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Pour le cas particulier de ces enfants, il convient de mettre en œuvre la procédure détaillée au C ci-dessous.

VI. - LE CONTRÔLE

Les conditions d'instruction des dossiers confèrent à la phase de contrôle a posteriori une importance particulière.

Les caisses chercheront à concilier l'impératif de contrôle et celui de sécurité juridique qui ne s'accommode pas de remises en cause intempestives du droit accordé. Il conviendra d'opérer ces contrôles en recoupant les informations des caisses d'assurance maladie avec celles d'autres organismes avec lesquels elles sont habilitées pour échanger des informations (articles L. 115-2 et L. 861-9 du code de la sécurité sociale, article 152 du livre des procédures fiscales...).

À cet égard, les caisses d'allocations familiales signaleront systématiquement les rejets d'attribution de RMI en indiquant les motifs et en fournissant les éléments d'appréciation qui permettent aux caisses d'assurance maladie de procéder au réexamen de ces dossiers.

Le contrôle doit être principalement concentré sur les dossiers ayant donné lieu à attribution immédiate et ceux qui seraient accompagnés de pièces insuffisantes pour justifier le niveau de ressources. Dans ce dernier cas, ces contrôles devront bien entendu distinguer les situations de difficultés sociales qui ne permettent pas la transmission des pièces justificatives et les actes de mauvaise foi ou de fraude. L'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale énumère les sanctions applicables dans ce dernier cas : interruption du droit, remboursement des prestations versées à tort, peines d'amende et d'emprisonnement.

Un groupe de travail, au niveau de l'administration centrale, avec les services de contrôle des différentes caisses de sécurité sociale, étudiera les moyens d'un contrôle efficace et adapté.

Les préfets de département réuniront avant le 15 février 2000 caisses et organismes habilités à transmettre les dossiers pour sensibiliser l'ensemble des partenaires à l'esprit de cette nouvelle manière de procéder : la rapidité de la procédure, au formalisme allégé, a pour contrepartie de bien informer les demandeurs sur les conséquences de leurs déclarations en cas de fraude.

C. - ENFANTS MINEURS CONFIÉS AUX SERVICES DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE) OU À LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (PJJ)

Les situations complexes dans lesquelles se trouvent parfois placés certains enfants mineurs dont la garde est assurée au titre de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse mais pour lesquels certains attributs de l'autorité parentale sont conservés par les parents, peuvent aboutir à ne pas garantir leur accès aux soins. En conséquence, il convient d'assurer à titre personnel l'accès à la couverture de base et à la protection complémentaire en matière de santé des enfants mineurs confiés aux services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (130 000 mineurs, dont 2 500 sont des pupilles de l'État) et de ceux confiés à la protection judiciaire de la jeunesse (10 000 mineurs).

I. - PUPILLES DE L'ÉTAT

A. - COUVERTURE MALADIE DE BASE

L'article 17 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie

universelle crée un article L. 380-4 dans le code de la sécurité sociale qui prévoit que les pupilles de l'État sont affiliés au régime général sur critère de résidence. Cette affiliation est opérée à la diligence du président du conseil général.

B. - COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

Un accès de plein droit, à titre personnel, à la protection complémentaire en matière de santé doit être organisé pour les pupilles de l'État afin de permettre, au sein de la couverture maladie universelle, une bonne articulation entre les droits qui leur sont ouverts à l'assurance maladie de base (affiliation au régime général) et à la protection complémentaire en matière de santé, gérés par les caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre du tiers payant. C'est le président du conseil général, lorsque l'enfant est confié au service de l'ASE ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant lorsque ce dernier est confié à la PJJ qui effectue, pour le compte de l'enfant, la demande de protection complémentaire en matière de santé.

II. - ENFANTS MINEURS CONFIÉS AUX SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE OU À LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE AYANT CONSERVÉ UN LIEN JURIDIQUE AVEC LEUR REPRÉSENTANT LÉGAL

Lorsque le mineur placé à l'ASE ou à la PJJ dépend pour sa couverture complémentaire de sa famille et qu'il n'est pas possible, par suite de difficultés de relation, de faire jouer la protection sociale de celle-ci (de droit commun ou au titre de la couverture maladie universelle), il convient de mettre en oeuvre les dispositions mentionnées dans les paragraphes A et B qui suivent.

A. - COUVERTURE MALADIE DE BASE

Lorsque ces enfants sont confiés à l'ASE ou à la PJJ, le président du conseil général ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant confié à la PJJ effectue la démarche d'identification autonome aux lieu et place du représentant légal des intéressés.

Si le régime d'assurance maladie du représentant légal n'est pas connu, il y a lieu d'assimiler ces enfants à des pupilles de l'État et de prévoir en conséquence leur affiliation au régime général au titre du critère de résidence.

B. - COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

Pour l'accès à la couverture complémentaire en matière de santé, par assimilation à la situation des pupilles de l'État mentionnée au I/B, il convient d'accepter les demandes présentées par l'autorité administrative compétente, soit le président du conseil général, soit le directeur de l'établissement gardien de l'enfant confié à la PJJ.

* *
*

Les préfets de département veilleront, en réunissant les acteurs concernés, à suivre et à résoudre les difficultés que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé pourraient rencontrer plus particulièrement dans l'attribution et l'exercice de leur droit ainsi que dans leurs relations avec les professionnels de santé.

Je vous rappelle enfin que le comité de pilotage prévu dans ma circulaire du 4 octobre dernier doit être réuni à intervalles réguliers.

La loi portant création d'une couverture maladie universelle crée un droit nouveau particulièrement nécessaire pour accéder aux soins. Il importe de veiller à ce que ce droit soit effectif. Vous voudrez

donc bien me tenir informée des difficultés d'application de la présente

Le Directeur de la Sécurité Sociale

Raoul BRIET

ANNEXE RELATIVE AUX FORFAITS DE PRESTATIONS FAMILIALES

En attendant des liaisons informatiques entre les CAF et les caisses primaires qui permettront à ces dernières de connaître les montants effectifs, les prestations familiales sont appréciées forfaitairement au vu de la composition de la famille et des réponses aux questions figurant au bas du formulaire de demande de prise en charge :

- "vous percevez l'allocation de soutien familial"
 "vous percevez l'allocation parentale d'éducation"

1. Selon le nombre d'enfants de moins de 20 ans, les forfaits appliqués par les caisses seront :

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

2. Une réponse positive à la question "vous percevez l'allocation de soutien familial" au moment de la demande conduit à retenir le montant suivant : 480 F X nombre d'enfants.

3. Une réponse positive à la question "vous percevez l'allocation parentale d'éducation" conduit à retenir, selon le taux d'activité au moment de la demande, les forfaits ci-dessous :

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

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