

Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire)

03/05/2000

Date d'application : 1er janvier 2000.

Références :

Articles L. 161-15-1, L. 380-1, R. 380-1 et R. 861-1 du code de la sécurité sociale ;

Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ;

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 ;

Décrets n° 99-1004 et 99-1005 du 1er décembre 1999 ;

Arrêté du 23 décembre 1999 portant abrogation de diverses dispositions relatives aux titres de séjour nécessaires pour l'affiliation de certains assurés sociaux étrangers.

Textes abrogés ou modifiés :

Articles L. 741-1 et R. 741-1 du code de la sécurité sociale (abrogés) ;

Arrêté du 9 mai 1995 fixant la liste des titres de séjour nécessaires pour l'affiliation des étrangers à l'assurance personnelle (abrogé)

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames 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 Réunion) ; Mesdames et messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole ; Mesdames et Messieurs les directeurs des Caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF)

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle confère un droit à la prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et maternité à toute personne résidant en France. Lorsque ce droit ne peut être exercé dans le cadre des règles existantes d'affiliation, il se réalise par une affiliation au régime général à condition que l'intéressé réside en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière. La définition de cette condition de résidence stable et régulière (A), applicable également au droit de la protection complémentaire en matière de santé, se traduit, pour la stabilité, par la notion de résidence ininterrompue sur le territoire national de plus de trois mois et, pour la régularité, par la référence à la législation sur le séjour des étrangers en France. La vérification initiale de cette condition doit être effectuée dans les meilleurs délais par la caisse instructrice du dossier afin de ne pas retarder l'affiliation de l'intéressé. Un contrôle de la condition de résidence doit ensuite être mis en place (B). Cette vérification a priori et a posteriori de la condition de résidence suppose en conséquence une bonne articulation entre la couverture maladie universelle (protections de base et complémentaire) et l'aide médicale (C). Enfin, certaines situations particulières au regard de la condition de résidence sont précisées dans la présente circulaire (D).

A. - DÉFINITION DE LA CONDITION DE RÉSIDENCE

Aux termes de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, d'une part, une personne ne peut être affiliée au régime général sous condition de résidence que lorsque cette condition est remplie, d'autre part, dès lors que cette condition est remplie et que l'intéressé ne relève d'aucun autre régime, l'affiliation revêt un caractère obligatoire. En conséquence, afin de respecter le principe d'universalité de la couverture de base, la caisse doit affilier au régime général toute personne qui remplit ces conditions, le cas échéant avec effet au premier jour du mois où l'intéressé a bénéficié de soins sur le territoire français (métropole et départements d'outre-mer) alors qu'il remplissait déjà la condition de résidence en France.

Toutefois, il n'y a pas lieu de vérifier, en dehors des contrôles a posteriori qui seront programmés par la caisse (cf. B), que la condition de résidence en France est remplie pour les personnes qui relevaient au 31 décembre 1999 du régime de l'assurance personnelle et qui ont été transférées automatiquement à ce titre au régime général sur critère de résidence.

La résidence se définit comme une présence sur le territoire national dans les conditions précitées et non, au sens courant, comme une demeure habituelle dans un lieu déterminé.

I. - LA CONDITION DE STABILITÉ

A. - Le délai de résidence ininterrompue

Le caractère stable de la résidence en France est défini par le I de l'article R. 380-1 qui pose le principe d'une résidence en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois sauf cas particuliers prévus au B.

Le point de départ de ce délai est l'arrivée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer. Il s'agit d'apprécier une situation de fait et non de droit. C'est la raison pour laquelle la date de l'arrivée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer et le caractère continu de la résidence au sein de cet espace pendant plus de trois mois pourront être prouvés par l'intéressé par tout moyen (par exemple : trois quittances mensuelles successives de loyer, deux factures successives d'électricité, de gaz ou de téléphone, signature d'un bail avec un propriétaire datant de plus de trois mois, certificat d'immatriculation d'un véhicule de plus de trois mois...). Il revient à la caisse à cette occasion de signaler à l'intéressé que toute fraude ou fausse déclaration est passible de poursuites (article L. 377-1 du code de la sécurité sociale, article 441-1 du code pénal).

B. - Cas dans lesquels la condition de stabilité de la résidence est remplie sans délai

Le délai de résidence ininterrompue sur le territoire de plus de trois mois est exigible de toute personne venant à relever du régime général sur critère de résidence ou demandant à bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, sauf dans les cas prévus par les articles R. 380-1 et R. 861-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, ce délai n'est pas exigible :

- des étudiants, élèves ou stagiaires dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- des bénéficiaires d'une ou de plusieurs prestations familiales (allocation pour jeune enfant, allocations familiales, complément familial, allocation de logement familiale, allocation d'éducation spéciale, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire, allocation de parent isolé, allocation parentale d'éducation, allocation d'adoption) ;
- des bénéficiaires d'une aide à l'emploi pour la garde des jeunes enfants (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou allocation de garde d'enfant à domicile) ;
- des bénéficiaires d'une allocation aux personnes âgées (allocation aux vieux travailleurs salariés ou non salariés, allocation aux mères de famille, allocation spéciale vieillesse, allocation supplémentaire vieillesse versée par le fonds de solidarité vieillesse ou invalidité versée par le fonds spécial d'invalidité) ;
- des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, de l'allocation différentielle ;
- des bénéficiaires d'une allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement ;
- des bénéficiaires d'une prestation d'aide sociale visée au titre III du code de la famille et de l'aide sociale : allocation d'aide aux familles dont les soutiens effectuent leur service national (article 156), allocation simple d'aide sociale à domicile des personnes âgées, aide ménagère ou allocation représentative de services ménagers (article 158), foyers restaurants (article 163), placement à titre onéreux chez un particulier ou hébergement dans un établissement pour personnes âgées (article 164), prestations précitées d'aide sociale aux personnes âgées pouvant être accordées aux personnes handicapées (article 166), hébergement et entretien dans un centre d'aide par le travail, de l'hébergement ou entretien dans un établissement de rééducation professionnelle ou d'aide par le travail, dans un foyer ou foyer-logement pour personnes handicapées (article 168), carte d'invalidité (article 173), entretien d'un mineur dans un établissement de soins et d'études spécialisés (article 178) ;
- des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ;
- des demandeurs d'asile, y compris de l'asile territorial et les demandeurs du statut de réfugié, des personnes admises au titre de l'asile y compris de l'asile territorial ou reconnues réfugiées.

Les personnes demandant à bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé sont dispensées du délai de plus de trois mois de résidence ininterrompue si elles se trouvent dans l'un des cas précités ou dans l'une des situations suivantes :

- personnes affiliées à un régime obligatoire au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer pour une durée supérieure à trois mois (la preuve de cette durée minimale prévisionnelle est établie par tout moyen par l'intéressé, par exemple au vu de la durée prévue du contrat si elle est titulaire d'un contrat à durée déterminée, ou au vu d'un contrat à durée indéterminée) ;
- personnes inscrites à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à trois mois ;
- personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

- personnes bénéficiaires d'un revenu de remplacement (allocation de chômage : allocation unique dégressive, allocation d'insertion ou allocation de solidarité spécifique).

Dans chacun de ces cas, l'intéressé doit fournir un document émanant de l'administration ou de l'organisme compétent attestant la situation en cause pour être exonéré du délai de plus de trois mois de résidence ininterrompue.

Les ressortissants français expatriés, pendant leurs séjours temporaires en métropole ou dans un département d'outre-mer supérieurs à trois mois et inférieurs à six mois et lors de leur retour définitif en France relèvent de la couverture maladie universelle dès le début du quatrième mois de leur présence en France s'ils ne bénéficient à aucun autre titre des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie dont celui géré par la Caisse des Français à l'étranger.

II. - LA CONDITION DE RÉGULARITÉ

Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation. Toutefois, pour leur affiliation à un régime de sécurité sociale, notamment au régime général sur critère de résidence, cette condition n'est en aucun cas opposable aux ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et à leurs ayants droit, quelle que soit la nationalité de ces derniers.

A. - Champ d'application de la condition de régularité de la résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale

La condition de régularité de la résidence s'applique non seulement à l'affiliation au régime général sur critère de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale mais également à la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé. L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale qui précise les conditions d'attribution du droit à cette protection complémentaire renvoie ainsi aux dispositions de l'article L. 380-1.

Si l'article L. 115-6 du code de la sécurité sociale a pour objet de préciser la condition de résidence régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France pour l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale au moyen d'une liste de titres ou de documents, l'article L. 380-1 établit des règles distinctes pour l'affiliation au régime général sur critère de résidence en ce qu'il pose une règle de régularité du seul séjour des étrangers en France.

En conséquence, la condition de régularité de la résidence telle qu'elle est posée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale ne concerne que les étrangers affiliés au régime général au titre de la couverture maladie universelle ainsi que leurs ayants droit. L'affiliation ou le rattachement aux autres régimes obligatoires demeure régi par les articles L. 115-6 pour les assurés, et L. 161-25-2 pour les ayants droit, les listes de titres et documents étant établies aux articles D. 115-1 et D. 115-3 pour les assurés et à l'article D. 161-15 pour leurs ayants droit.

Toutefois, lorsqu'un ressortissant étranger n'est pas en possession d'un des titres de séjour ou documents mentionné à l'article D. 161-15 lui permettant d'être l'ayant droit de son conjoint affilié à un régime professionnel, l'intéressé est affilié au régime général sur critère de résidence à condition de résider de manière ininterrompue depuis plus de trois mois en France et d'avoir déposé une demande de titre de séjour. défaut, il peut faire une demande d'aide médicale à titre propre, sur la base de ses ressources personnelles.

B. - Modalités d'appréciation de la condition de régularité de la résidence prévue l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale

La condition de régularité de la résidence s'apprécie au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

En effet, le principe de la détention d'un titre de séjour attestant de la régularité de la situation des étrangers au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France est fixé par l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France modifiée en dernier lieu par la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. Ce dernier texte prévoit, en son article 6, que tout étranger doit, s'il séjourne en France et après l'expiration d'un délai de trois mois depuis son entrée sur le territoire français, être muni d'une carte de séjour délivrée dans les conditions prévues à la présente ordonnance. La carte de séjour peut provisoirement être remplacée par le récépissé de la demande de délivrance ou de renouvellement de ladite carte.

A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss2adasdpm-2000-239-du-3-mai-2000-relative-a-la-condition-de-residence-en-france-prevue-pour-le-benefice-de-la-couverture-maladie-universelle-assurance-maladie-et-protection-complement/>

résidence définie à l'article L. 380-1. Sont notamment concernés les étrangers admis au séjour pour une durée maximale de trois mois sous le couvert de leur document de voyage qui, souhaitant prolonger leur séjour au-delà de ces trois mois, ont déposé une demande de titre de séjour auprès des services préfectoraux ; ils relèvent du régime général sur critère de résidence, à compter de la date de demande de titre, à condition d'être en possession de tout document permettant d'attester qu'une telle procédure est en cours.

Remplissent également la condition de régularité de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale :

- les étrangers en séjour en France sous couvert d'un visa d'une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » ; ces derniers relèvent de la couverture maladie universelle à compter du début du quatrième mois de leur séjour en France ;
- les étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence prononcée par un arrêté du ministre de l'intérieur ou du préfet ou, à Paris, du préfet de police.

III. - COMBINAISON DES DEUX CRITÈRES

Les étrangers non ressortissants d'un État de l'Espace économique européen (EEE), lors de leur demande d'affiliation et/ou de protection complémentaire en matière de santé, doivent justifier qu'ils sont entrés sur le territoire national depuis plus de trois mois (sauf exceptions rappelées au I.B) et qu'ils sont en situation régulière telle que définie au paragraphe précédent.

Il n'y a pas lieu de cumuler dans le temps ces deux exigences et leur règle de combinaison conduit à adopter la position suivante : dès lors que le ressortissant étranger d'un Etat non membre de l'EEE justifie d'une durée de résidence en France de plus de trois mois ininterrompus depuis son entrée en France, il doit être affilié :

- à la date à laquelle il remplit la condition de régularité lorsque cette exigence est remplie après une durée de résidence de plus de trois mois à compter de son entrée en France ;
- dès qu'il remplit la condition de stabilité de la résidence s'il a présenté une demande de titre de séjour ou obtenu un titre de séjour dans ce délai de trois mois.

B. - CONTRÔLE DE LA CONDITION DE RÉSIDENCE

Les contrôles seront également effectués à l'initiative de la caisse dans les conditions suivantes.

I. - MODALITÉS DE CONTRÔLE DE LA STABILITÉ DE LA RÉSIDENCE

Pour les nationaux comme pour les étrangers, un contrôle périodique de la stabilité de la résidence doit être organisé par les caisses. Il convient notamment de l'organiser lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général sur critère de résidence et de le pratiquer systématiquement lors de chaque demande de renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé.

A l'occasion de ces contrôles, la caisse pourra demander à l'intéressé de produire un ensemble de documents utiles aux fins d'attester le caractère stable de sa résidence en France, tels que ceux mentionnés au A//A ci-dessus.

II. - MODALITÉS DE CONTRÔLE DE LA RÉGULARITÉ DE LA RÉSIDENCE

L'article L. 115-7 du code de la sécurité sociale prévoit que l'ensemble des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation, le versement de prestations ou le recouvrement de cotisations sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France prévues au code précité (étant entendu que la condition de séjour n'est pas opposable aux ressortissants d'un Etat de l'Espace économique européen).

Si l'article L. 380-1 du même code prévoit que les personnes de nationalité étrangère doivent justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation, ses dispositions s'appliquent sans préjudice de celles prévues à l'article L. 115-7 précité. Dès lors, le principe du contrôle mentionné à l'article L. 115-7, applicable à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, concerne également la gestion de l'affiliation sous condition de résidence au régime général.

Pour assurer leur pleine efficacité, les contrôles doivent intervenir en des occurrences précises :

- lors de l'affiliation pour la couverture maladie de base ;
 - lors de l'envoi par l'assuré de nationalité étrangère de sa déclaration annuelle de ressources prévue à l'article D. 380-5 ;
- une copie de son titre ou document prouvant la régularité de sa résidence devra être exigée ;
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss2adasdpm-2000-239-du-3-mai-2000-relative-a-la-condition-de-residence-en-france-prevue-pour-le-benefice-de-la-couverture-maladie-universelle-assurance-maladie-et-protection-complement/>

- lors de l'échéance du droit à la protection complémentaire en matière de santé (deux mois avant son expiration) lorsque l'intéressé est affilié pour la couverture maladie de base au régime général sur critère de résidence ;
- lors de modifications dans la situation de l'intéressé (changement de caisse de rattachement, ajout ou retrait du nom d'un ayant droit sur la carte d'assurance maladie de l'intéressé pour la couverture de base, ajout ou retrait d'une personne dans le foyer tel que défini à l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale, demande de protection complémentaire alors que l'intéressé est déjà affilié au régime général sur critère de résidence pour la couverture maladie de base, etc) ;

Lorsqu'une personne vient à relever, à intervalles rapprochés, de plusieurs des situations précitées, il convient que les caisses d'assurance maladie ne diligentent qu'un seul contrôle dans une période de temps raisonnable.

Si l'organisme d'assurance maladie, lors d'un contrôle, demande de fournir un document attestant la régularité de la résidence et que l'intéressé ne se manifeste pas, l'organisme ne doit interrompre les droits qu'après s'être assuré que l'intéressé a bien été informé de la demande de document et qu'un délai suffisant lui a été laissé pour y répondre.

III. - DISPOSITIONS COMMUNES

Compte tenu des conséquences pour l'accès aux soins d'une décision d'interruption ou de non-renouvellement des droits à la couverture maladie universelle, il est indispensable qu'elle soit prise en s'assurant de toutes les précautions utiles visant à protéger les droits de l'intéressé. En effet, la loi (article L. 161-15-1 du code de la sécurité sociale) impute la charge de la preuve à la caisse et non à l'intéressé en ce qui concerne le fait qu'il ne remplit pas la condition de résidence. Une procédure contradictoire doit en conséquence être mise en place dans tous les cas où la caisse envisage une radiation (protection de base) ou un non-renouvellement de droit (protection complémentaire) : elle notifie à l'intéressé son intention de lui interrompre ses droits en l'informant qu'il a la possibilité de présenter ses observations écrites ou orales avant l'intervention de la décision qui est ensuite prise au vu de l'ensemble des éléments du dossier.

Lorsque l'intéressé bénéficie de la protection complémentaire en matière de santé, ce droit est attribué pour une période d'un an et ne peut être remis en cause. C'est pourquoi le contrôle de la condition de résidence ne doit être effectué, s'agissant de la couverture maladie universelle de base, que dans les deux mois précédant l'expiration du droit à la protection complémentaire, de sorte que ce contrôle concerne simultanément les droits à la protection de base et à la protection complémentaire.

C. - ARTICULATION ENTRE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'AIDE MÉDICALE

Lorsqu'une caisse constate qu'une personne vient à ne plus remplir la condition de résidence en France ou au contraire vient à la remplir, elle doit mettre en oeuvre une procédure visant à transférer le dossier de l'intéressé soit à l'aide médicale au titre de l'article 187-1 - 1er alinéa du CFAS dans le premier cas soit à la couverture maladie universelle dans le deuxième cas.

I. - L'INTÉRESSÉ NE REMPLIT PLUS LA CONDITION DE RÉSIDENCE

A. - Effet pour la protection de base

Lorsque la condition de résidence n'est plus remplie, la radiation du régime général est prononcée sauf si l'intéressé bénéficie en même temps de la protection complémentaire en matière de santé. Dans ce cas, afin de coordonner les deux niveaux de protection, l'affiliation de base court jusqu'à la fin de la protection complémentaire en matière de santé. Toutefois, s'il y a eu attribution avec effet à la date du dépôt de la demande (article L. 861-5, quatrième alinéa du code de la sécurité sociale), la protection complémentaire est interrompue.

Lorsque la condition de régularité de la résidence n'est plus remplie par des personnes relevant d'un régime à un autre titre que la résidence et lorsqu'une notification leur a été adressée en ce sens, les intéressés bénéficient d'un maintien du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, d'une durée de quatre ans à compter de la date de la notification.

B. - Effets pour la protection complémentaire

Le droit à la protection complémentaire en matière de santé a été attribué pour une période d'un an et ne peut être remis en cause pendant cette période. En conséquence, même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence au cours de cette période, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période d'un an de droit.

Toutefois, dans le cas où la protection complémentaire en matière de santé aurait été accordée à la date du dépôt de la demande sur présomption que l'intéressé remplit les conditions de résidence et de ressources, en application du quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale et si la condition de résidence n'est plus remplie, le bénéfice de cette protection est interrompu dès que le défaut de cette condition est constaté.

C. - Dispositions communes

Dans tous les cas où les droits de l'intéressé à la protection sociale de base ou à la protection complémentaire sont supprimés du fait qu'il ne remplit plus la condition de résidence, la caisse doit l'inviter à déposer une demande d'aide médicale dans des délais permettant d'éviter un défaut de couverture des soins de santé. En tout état de cause, si l'intéressé satisfait aux conditions requises pour accéder à l'aide médicale, le droit est ouvert pour un an.

Lorsqu'un étranger relevant d'un régime à un autre titre que la résidence pour sa couverture de base cesse de remplir la condition de résidence, il bénéficie des dispositions prévues au A, deuxième paragraphe ci-dessus, et conserve son droit à la protection complémentaire jusqu'à son échéance ; à l'expiration de celle-ci, la caisse doit l'inviter à déposer une demande d'aide médicale pour compléter sa couverture de base. L'aide médicale n'intervient alors que pour la part complémentaire et s'applique à la fois aux soins ambulatoires et aux soins hospitaliers.

II. - L'INTÉRESSÉ VIENT REMPLIR LA CONDITION DE RÉSIDENCE

Lorsqu'un bénéficiaire de l'aide médicale vient à remplir la condition de résidence, la caisse procède sans délai à son affiliation ou à son rattachement comme ayant droit au régime dont il relève ou, à défaut, engage la procédure d'affiliation immédiate au régime général prévue à l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale.

Elle invite également l'intéressé à déposer dans les meilleurs délais une demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Afin d'éviter toute interruption de couverture, elle peut prononcer l'attribution à la date du dépôt de la demande, l'intéressé étant susceptible de satisfaire la condition de ressources puisque celle-ci est identique à celle qui est prévue pour l'aide médicale (sauf dans le cas exceptionnel d'une admission à l'aide médicale sur décision du ministre). La décision d'admission à l'aide médicale est abrogée à la date à laquelle prend effet l'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

D. - SITUATIONS PARTICULIERES

I. - ÉTRANGERS MINEURS

L'article 9 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée ne prévoit une obligation de détention d'un titre de séjour que pour les étrangers âgés de plus de dix-huit ans. Cependant, si la régularité de la résidence n'est pas opposable aux étrangers mineurs, les intéressés tiennent leur droit de leur représentant légal. Il convient de prendre en compte leur situation par rapport à celle de leur représentant légal.

A. - Enfants placés sous l'autorité parentale de leurs parents

La prise en charge de soins délivrés aux étrangers mineurs s'effectue, soit dans le cadre de l'assurance maladie, soit dans celui de l'aide médicale de la manière suivante :

- enfants mineurs dont le représentant légal est en situation régulière : ils ont la qualité d'ayants droit pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité ;
- enfants mineurs dont le représentant légal est en situation irrégulière : ils bénéficient des prestations servies aux membres de leur famille dans le cadre de l'aide médicale sous condition de ressources. Toutefois, ils peuvent bénéficier des soins de ville, quelle que soit la durée écoulée depuis leur entrée en France.

B. - Enfants dont l'autorité parentale n'est pas exercée par les parents

Il convient, dès lors qu'ils sont confiés au service de l'aide sociale à l'enfance ou à la protection judiciaire de la jeunesse, de se référer aux dispositions de la circulaire n° DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle : les intéressés sont affiliés de plein droit au régime général sur critère de résidence.

II. - PERSONNES NE RELEVANT PAS DU RÉGIME GÉNÉRAL SUR CRITÈRE DE RÉSIDENCE BIEN QUE RÉSIDANT SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

Les personnels d'États étrangers (A), les travailleurs frontaliers (B) et les agents retraités des organisations internationales (C) n'ont pas vocation à relever du régime général sur critère de résidence parce qu'ils sont régis par le système de protection sociale de l'État dont ils sont ressortissants ou de l'État dans lequel ils exercent leur activité. Toutefois, ils peuvent être admis à relever du régime général sur critère de résidence à titre provisoire (D).

A. - Personnels d'états étrangers

Il s'agit du personnel diplomatique, du personnel consulaire, des fonctionnaires et du personnel assimilé au service d'un État étranger et se trouvant en poste ou en mission en France, pour lesquels il appartient à l'État concerné d'organiser leur protection sociale comme la France le fait elle-même pour ses agents en poste à l'étranger.

Ne relèvent pas non plus du régime général sur critère de résidence les personnels privés employés au service des personnels diplomatiques, consulaires et assimilés titulaires d'une carte spéciale valant titre de séjour dérogatoire, recrutés après présentation au protocole (ministère des affaires étrangères) d'un contrat d'engagement accompagné d'une assurance privée.

B. - Travailleurs frontaliers

Sont visées les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un État étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie de cet État, dans le cas où cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français. Il s'agit essentiellement des travailleurs frontaliers occupés en Suisse pour lesquels il faut tenir compte des particularités de la législation suisse fédérale d'assurance maladie.

C. - Agents retraités des organisations internationales

Sont visés par cette dernière catégorie les titulaires d'un avantage de retraite servi par le régime propre à l'organisation internationale pour laquelle ils ont exercé tout ou partie de leur activité professionnelle et qui ne sont pas, par ailleurs, titulaires d'un élément de pension française qui leur ouvrirait droit à l'assurance maladie sur la base du critère professionnel.

D. - Dispositions transitoires

Les personnels d'États étrangers, les travailleurs frontaliers et agents retraités des organisations internationales qui, au 31 décembre 1999, étaient affiliés au régime de l'assurance personnelle, relèvent, sauf refus de leur part, du régime général sur critère de résidence pendant une période transitoire et, en tout état de cause, jusqu'au 30 septembre 2002 au plus tard.

III. - DEMANDEURS D'ASILE AYANT EFFECTUÉ LES DÉMARCHES AUPRÈS DE L'OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET DES APATRIDES (OFPRA) POUR OBTENIR LE STATUT DE RÉFUGIÉ ET PERCEVANT L'ALLOCATION D'INSERTION

Lorsqu'ils déposent une demande pour obtenir le statut de réfugié, les intéressés se voient délivrer un bon de dépôt de l'OFPRA qui leur permet d'obtenir une autorisation provisoire de séjour de trois mois ou un récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « a sollicité l'asile, » renouvelables pendant toute la durée de la procédure. Si le demandeur n'est pas hébergé en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), il bénéficie de l'allocation d'insertion après inscription à l'ANPE.

Tant qu'il perçoit cette allocation, l'intéressé ne relève pas de l'affiliation au régime général sur critère de résidence mais des dispositions applicables aux titulaires de revenus de remplacement prévues à l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le demandeur d'asile, bénéficiaire de l'allocation d'insertion, est accueilli en CADA, il cesse de percevoir cette allocation ; il relève à compter de sa prise en charge en CADA du régime général sur critère de résidence et, le cas échéant, peut bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé.

IV. - RÉSIDENTS EN SÉJOUR TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER

La réglementation française actuelle (article R. 332-2 du code de la sécurité sociale) ouvre la possibilité pour les caisses françaises de couvrir dans la limite des tarifs de responsabilité français des soins inopinés dont l'assuré social ou ses ayants droit sont susceptibles de bénéficier en cas de séjour temporaire hors de France.

Il convient de considérer que cette faculté qui vaut pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie est également ouverte aux personnes qui relèvent du régime général sur critère de résidence.

Vous voudrez bien me tenir informée sous le présent timbre des difficultés d'application de la présente circulaire.

ANNEXE

CATÉGORIES DE PERSONNES N'AYANT PAS VOCATION À RELEVER DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (BASE ET COMPLÉMENTAIRE)

1. Personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure

Cette catégorie concerne des personnes non-résidentes et n'ayant pas de liens avec un régime français de sécurité sociale, mais venues en France pour y recevoir des soins de santé et y séjournant légalement pour ce faire. Pour ces soins programmés, ils bénéficient d'un accord préalable de prise en charge par l'organisme de protection sociale de leur pays de résidence. En conséquence, ils ne relèvent ni de l'assurance maladie ni de l'aide médicale.

2. Ressortissants de nationalité étrangère titulaires d'une carte de séjour « retraité »

Les intéressés ne sont pas éligibles à la couverture maladie universelle de base. Lors de leur séjour en France, les intéressés ont droit aux soins dans les conditions prévues par la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

3. Français titulaires de pensions de source française résidant à l'étranger en dehors de l'Espace économique européen

Les intéressés bénéficient durant leurs séjours en France des prestations des assurances maladie et maternité au titre du régime qui leur sert leur pension.

4. Français et ressortissants de l'Espace économique européen (EEE) titulaires de pensions de retraite de source française résidant à l'étranger dans l'EEE

Les intéressés bénéficient, pendant la durée de la résidence dans un pays de l'EEE des prestations des assurances maladie et maternité du pays de résidence à la charge du régime français de sécurité sociale (formulaire E 121 délivré par la France et prise en charge financière par un forfait). En cas de séjour temporaire en France, les prestations françaises sont servies mais à la charge du pays de résidence.

5. Français et ressortissants de l'Espace économique européen (EEE) pluri-pensionnés qui bénéficient d'une pension de source française et d'une pension d'un pays de l'EEE qui n'est pas le pays de résidence

Les intéressés bénéficient des prestations des assurances maladie et maternité à la charge du pays qui verse la pension correspondant à la durée d'assurance la plus longue. Si cette pension est servie par un régime français, ces personnes bénéficient dans leur pays de résidence des prestations des assurances maladie et maternité à la charge de la France et sont également couvertes en cas de séjour temporaire en France.

6. Français expatriés adhérents à la Caisse des Français de l'étranger

L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale prévoit que toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. Or, la Caisse des Français de l'étranger (CFE) gère le régime d'assurance volontaire prévu aux articles L. 762-1 à L. 766-13 du code de la sécurité sociale. Les Français expatriés adhérents à la CFE ainsi que les membres de leur famille demeurés en France n'ont donc pas vocation à entrer dans le champ de la couverture maladie universelle.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur du cabinet, D. Marcel

ÉTATS PARTIE À L'ACCORD SUR L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN (EEE)
I. - ÉTATS MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

Allemagne
Autriche
Belgique
Danemark
Espagne
Finlande
France
Grèce
Irlande
Italie
Luxembourg
Pays-Bas
Portugal
Royaume-Uni
Suède

II. - AUTRES ÉTATS

Islande
Liechtenstein
Norvège