

1. Les modalités actuelles

La procédure d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (couverture maladie universelle complémentaire) est principalement régie par les articles L. 861-5 et L. 861-6 du code de la sécurité sociale. Ceux-ci prévoient notamment :

- une décision implicite d'acceptation de la demande à défaut d'un refus motivé dans les deux mois du dépôt de la demande ;
- une date d'effet de la décision d'attribution de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire au premier jour du mois qui suit la décision d'attribution.

Les caisses d'assurance maladie doivent impérativement, dans ce délai de deux mois, procéder aux vérifications et contrôles nécessaires, notamment au moyen d'échanges d'informations auprès des administrations et organismes mentionnés aux articles L. 114-20 et L. 861-9 du code de la sécurité sociale.

Compte tenu de ce délai et de la date d'effet de la décision d'attribution, il est indispensable, pour permettre un accès rapide aux soins, que les caisses se prononcent sur les demandes d'attribution qui leur sont soumises dans les délais les plus brefs.

Cependant, la diligence apportée par les organismes au traitement des demandes ne permet pas de répondre à toutes les situations rencontrées, notamment en cas de nécessité d'un accès rapide aux soins. C'est pourquoi le législateur a prévu une procédure dérogatoire d'attribution immédiate qui, « lorsque la situation du demandeur l'exige », permet aux organismes de fixer la date d'effet de leur décision d'attribution au premier jour du mois du dépôt de la demande. Les cas d'application de cette dérogation sont décrits dans le IV du B de la circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. Dans le même esprit, cette circulaire a précisé (I du B) que, par dérogation aux dispositions de l'article L. 861-2, il y aurait lieu de considérer que les demandeurs du revenu minimum d'insertion (RMI) peuvent se voir attribuer la CMU complémentaire à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie de l'attestation de demande de RMI.

L'ensemble de ce dispositif visait à assurer une montée en charge rapide de la CMU complémentaire dont la vocation est d'intervenir, dans les conditions les plus rapides possibles, chaque fois que les conditions d'attribution sont réunies. Cet objectif reste bien entendu inchangé mais les conditions de mise en œuvre des procédures dérogatoires font apparaître un certain nombre de difficultés, et en particulier l'impossibilité de fait pour les caisses d'assurance maladie de récupérer l'attestation de bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé initialement remise.

2. Les nouvelles modalités

2.1. Dispositions générales applicables à toutes les attributions immédiates

En raison de difficultés rappelées ci-dessus, les modalités de gestion des attributions immédiates de la protection complémentaire en matière de santé sont modifiées. Les caisses d'assurance maladie, délégataires du préfet, doivent désormais, en cas d'attribution immédiate, remettre une attestation de bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé pour une durée réduite pendant laquelle elles procèdent à la vérification des droits (condition de résidence et de ressources prévues aux articles L. 861-1 et L. 861-2 du code de la sécurité sociale), notamment au moyen d'échanges d'informations avec d'autres administrations ou organismes, mentionnés aux articles L. 114-20 et L. 861-9 du code de la sécurité sociale (services fiscaux, caisses d'allocations familiales, caisses d'assurance vieillesse, associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce – ASSEDIC...). Il appartient aux caisses d'assurance maladie de fixer la durée en fonction de la complexité présumée du dossier. En règle générale, il convient de retenir un délai supérieur au délai d'instruction de droit commun (deux mois) pour permettre aux caisses d'assurance maladie de procéder à un contrôle approfondi des ressources des personnes auxquelles le bénéfice du dispositif a été accordé immédiatement, sur simple présomption de droit, en raison d'une situation d'urgence.

En conséquence, les caisses ne doivent plus remettre aux bénéficiaires, dans ces situations, une attestation d'ouverture de droit de douze mois mais une attestation provisoire de droits qui, en règle générale, pourra être d'une durée de trois mois.

L'attention des organismes est tout particulièrement appelée sur le fait que cette attestation provisoire de trois mois (en règle générale) n'est pas en droit assimilable à une ouverture de droits limitée à trois mois. En effet, l'objectif de la mesure vise à concilier, en gestion, les exigences rappelées ci-dessus, d'un accès rapide et facilité dans les situations d'urgence, avec celles d'un contrôle effectif et équitable de ces situations. La délivrance d'une attestation provisoire de droits permet ainsi aux organismes, lorsqu'ils attribuent la CMU complémentaire sur une simple présomption, de vérifier que la situation effective du demandeur, à la date de sa demande, justifie bien cette attribution. Il incombe aux organismes de procéder à ces vérifications et de demander, le cas échéant, des pièces complémentaires à l'intéressé avec toute la diligence possible et de ne pas attendre l'expiration de la période provisoire pour notifier une éventuelle décision de rejet de la demande, celle-ci prenant effet à la date d'expiration de l'attestation provisoire.

Dans tous les cas, et même lorsque des pièces complémentaires ont été demandées à l'intéressé, si la caisse d'assurance maladie n'a pas pris une décision expresse et motivée de refus d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé à l'expiration de la période initiale d'attribution, le droit restera implicitement ouvert pour le reliquat de la période d'un an (en règle générale, pour les neuf mois restants) et l'intéressé sera en droit d'obtenir de la caisse une attestation de droit pour le reliquat de la période d'un an (donc, généralement, pour les neuf mois restants) en application de l'article 22 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Il convient en conséquence que les caisses d'assurance maladie gèrent avec rigueur les délais inhérents à ces attestations de droit pour une période réduite, afin d'éviter des attributions de droit indus qui iraient à l'encontre des efforts entrepris en matière de contrôle des droits aux prestations sociales. En particulier, les caisses d'assurance maladie sont fondées à notifier un refus de droit prenant effet à l'expiration de la période initiale lorsque l'intéressé n'a pas produit les pièces complémentaires requises.

Lorsque les bénéficiaires d'une attestation provisoire ont choisi pour le service de leurs prestations un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise régie par le code des assurances), afin que celui-ci soit en mesure de gérer la durée des droits, il est nécessaire qu'il soit informé par la caisse d'assurance maladie qui a remis l'attestation provisoire de la durée de celle-ci, en même temps qu'il est informé des autres éléments du dossier que lui transmet la caisse conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article R. 861-17 du code de la sécurité sociale et que, à l'expiration de cette durée, la caisse lui signifie la décision qui a été prise pour le reliquat de la période d'un an de droit (droits confirmés pour neuf mois, en règle générale, ou infirmés).

2.2. *Le cas particulier des attributions immédiates aux demandeurs du RMI*

Lorsque, en application du I du B de la circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, les caisses d'assurance maladie sont amenées à attribuer le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé aux demandeurs du RMI, il leur incombe d'appliquer systématiquement la procédure d'attribution immédiate et de vérifier après remise de l'attestation initiale que l'intéressé bénéficie effectivement du RMI : les modifications apportées aux modalités de gestion telles que précisées au point 2.1 ci-dessus sont applicables aux demandeurs du RMI. Ces modalités ne modifient pas les règles d'attribution de la CMU complémentaire pour les bénéficiaires du RMI ; elles ne concernent que les demandeurs de RMI dont la réalité du droit n'a pas été établie à la date de la demande de CMU complémentaire. Il est donc indispensable que les caisses d'allocations familiales (CAF) transmettent systématiquement à la caisse d'assurance maladie concernée, et dans les plus brefs délais, la décision d'attribution ou de refus du RMI ainsi que, en cas de refus, la motivation de la décision ainsi que l'ensemble des pièces relatives à la résidence et aux ressources. Il appartient aux caisses nationales des allocations familiales et de l'assurance maladie des travailleurs salariés de préciser les modalités selon lesquelles cette transmission d'information sera dématérialisée. Dans le cas où le RMI a été refusé pour des raisons tenant aux ressources, la caisse d'assurance maladie doit, après avoir recueilli auprès de la caisse gestionnaire des prestations familiales les éléments relatifs à la résidence et aux ressources, inviter l'intéressé à compléter le formulaire de demande de CMU complémentaire dans les conditions de droit commun (en complétant les éléments relatifs aux ressources) et à joindre les pièces justificatives manquantes relatives à la résidence en France et aux ressources, dans un délai suffisant pour statuer avant l'expiration de la période (généralement de trois mois) de bénéfice initial de la protection complémentaire en matière de santé (en règle générale, au moins un mois avant expiration de cette période).

Lorsque, exceptionnellement, la caisse d'assurance maladie ne parvient pas à obtenir de la caisse gestionnaire des prestations familiales dans les délais nécessaires les informations relatives à l'attribution ou au refus du RMI (notamment si l'instruction de la demande de RMI se poursuit), il lui appartient de saisir le demandeur afin d'obtenir les pièces nécessaires à l'instruction du dossier, et notamment des ressources, dans le délai qu'elle juge nécessaire (en général un mois avant expiration de la période d'attribution initiale du bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé). Si la caisse gestionnaire des prestations familiales l'informe que le demandeur bénéficie du RMI entre cette saisine de l'intéressé et l'expiration de la période d'attribution initiale, il lui revient d'en tirer les conséquences en se dispensant de l'examen des ressources.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. LIBAULT