

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE (CMU)

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale :
 - o Articles [L 380-1](#), [R 312-1](#), [R 380-1](#) et suivants ;
 - o Articles [R 115-6](#), [R 115-7](#) et [R 161-1](#) (modalités d'application de la condition de résidence) ;
 - o Articles [D 380-1](#) à [D 380-5](#) (cotisation et déclaration de ressources).
- Circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU ;
- Circulaire DSS/5A/5B n° 2000-21 du 12 janvier 2000 relative à l'affiliation au régime général sous condition de résidence et au versement de la cotisation ;
- Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/ n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la CMU (assurance maladie et protection complémentaire).

2. La définition

La CMU est un régime d'affiliation à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, dès lors qu'elle ne bénéficie pas d'une couverture de base dans un autre régime.

Les patients sans couverture sociale constituent un dossier d'affiliation à la CMU de base, avec éventuellement l'aide des établissements de santé. **Toute caisse est habilitée à prononcer une affiliation provisoire. La décision définitive d'affiliation est prise par la caisse de la résidence habituelle du demandeur.** La caisse procède chaque année au contrôle de la résidence et des ressources du bénéficiaire de la CMU de base.

3. Les conditions à remplir

3.1. Les conditions de stabilité de la résidence

Lors de l'ouverture des droits : la personne doit résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Toutefois, peuvent bénéficier de la CMU sans que ce délai soit opposable les personnes énumérées à l'article [R 380-1](#) du CSS et notamment :

- Les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- Les personnes reconnues réfugiées politiques, admises au titre de l'asile politique ou ayant demandé le statut de réfugié ;
- Les personnes de nationalité française de retour en France et n'ayant aucune couverture sociale (pratique des caisses selon des instructions de la CNAMTS).

Lors du renouvellement des droits : le demandeur doit justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire national au cours de l'année civile de versement des prestations.

Les personnes sans domicile fixe doivent, pour faire valoir leurs droits sociaux, faire élection de domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS) afin d'obtenir une adresse administrative.

3.2. Les conditions de régularité de la résidence

Les personnes de nationalité étrangère (hors UE ou EEE - Espace économique européen et Suisse -) doivent justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers à la date de leur affiliation.

3.3. Les conditions de ressources et cotisations

Seules les personnes dont le revenu fiscal est supérieur à un seuil fixé par décret (article [D 380-4](#) du CSS) sont soumises au versement d'une cotisation d'assurance maladie proportionnelle aux ressources.

En dessous de ce seuil, l'affiliation est gratuite.

4. La procédure d'affiliation

4.1. La constitution du dossier

Le dossier de « demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence » (formulaire CERFA S 3710) se compose des pièces suivantes :

- La demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence ;
- La déclaration de ressources annuelles.

Ce dossier doit être accompagné des pièces suivantes :

- Un justificatif d'identité en cours de validité : pièce d'identité, passeport ou livret de famille mis à jour ;
- Les justificatifs de la stabilité de la résidence ;
- Les justificatifs de régularité du séjour pour les personnes de nationalité étrangère (hors UE/EEE) : titre de séjour ou à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture...)
- S'il y a des personnes à charge, le livret de famille ou une attestation de la qualité d'ayant droit (document fourni par la caisse qui vérifie cette qualité) ;
- Les revenus perçus au cours de la période de référence ;
- Le numéro d'immatriculation figurant sur la carte vitale lorsque la personne a déjà été inscrite à la sécurité sociale.

4.2. La transmission du dossier et date d'affiliation

Les dossiers doivent être déposés ou **transmis** le plus rapidement possible. Les agents d'accueil de la sécurité sociale dans les hôpitaux peuvent procéder à l'instruction du dossier si le patient présente toutes les pièces nécessaires.

L'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse reçoit la demande faite par l'intéressé. Cette affiliation donne lieu à la délivrance d'une carte Vitale.

5. Les prestations couvertes

Ce sont les prestations en nature d'assurance maladie-maternité du régime général mentionnées aux articles [L 321-1](#) et [L 331-2](#) du CSS (frais d'hospitalisation, de soins externes, de transport, ...).