

# LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMUC)

---

## 1. Les textes de référence

---

- Article 54 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 modifiant l'article [L 861-3](#) du CSS (respect du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMUc) ;
- Code de la sécurité sociale :
  - o Articles [L 861-1](#) et suivants ;
  - o Articles [R 861-1](#) et suivants, [R 115-6](#), [R 115-7](#) et [R161-1](#) (résidence en France) ;
  - o Articles [D 861-1](#) et suivants.
- Arrêtés des 31 décembre 1999 et 14 août 2002 (prix limite des soins dentaires prothétiques et optiques pour les bénéficiaires de la CMUc) ;
- Circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU ;
- Circulaire DSS/2A n° 2000/398 du 13 juillet 2000 relative à la mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au titre de la protection complémentaire ;
- Lettre ministérielle du 11 mars 2004 (rétroactivité des droits à la CMUc).

## 2. La définition

---

Les personnes résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière, dont les ressources sont inférieures à un plafond (article [D 861-1](#) du code de la sécurité sociale) ont droit à une couverture complémentaire, sans contrepartie contributive, gratuite.

### 2.1. Les prestations couvertes

---

La couverture complémentaire porte sur les prestations en nature. Elle permet la prise en charge, **avec dispense d'avance des frais**, du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains dépassements (soins et prothèses dentaires, prothèses auditives, lunetterie).

Pour toutes précisions : cf. informations de la CNAMTS (<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>).

Respect du parcours de soins : la participation (ticket modérateur) prévue au 1 de l'article [L 322-2](#) du code de la sécurité sociale demeure à la charge des bénéficiaires de la CMUc n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Les conditions de mise en œuvre de ces dispositions seront fixées par décret.

### 2.2. Le principe de dispense d'avance des frais

---

**La part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fait l'objet d'une dispense d'avance de frais, en application de l'article [L 162-21-1](#) du code de la sécurité sociale** : les personnes affiliées à la CMU sont des assurés sociaux et leurs frais sont facturés ou valorisés dans les conditions habituelles.

**La part complémentaire couverte par la CMUc** fait l'objet d'une facturation directe à l'organisme complémentaire choisi par l'assuré (CPAM, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance).

## 3. Les conditions à remplir

---

### 3.1. La condition de résidence

---

Les conditions d'accès à la CMUc sur critère de résidence sont identiques à celles décrites pour la couverture de base (justification d'identité, résidence stable et régulière).

☞ Fiche « [CMU](#) ».

Pour la stabilité de la résidence, les dispositions de l'article [R 380-1](#) du CSS sont applicables (délai de 3 mois), ce délai n'étant pas opposable dans les cas précisés à l'article [R 861-1](#).

Les personnes demandant le renouvellement de la CMUc (celle-ci est accordée pour un an à compter de la date de la décision – cf. circulaire du 17 décembre 1999) devront justifier que leur foyer habituel et permanent est en France et qu'ils y séjournent plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations (article [R 115-6](#) du CSS).

### **3.2. La condition de ressources**

---

Le droit à une couverture complémentaire gratuite est ouvert en dessous d'un plafond de ressources dépendant du nombre de personnes composant le foyer (articles [R 861-16](#) et [D 861-1](#) du CSS).

**NB** : les bénéficiaires du RMI ont accès de plein droit à la CMUc, sans examen de leurs ressources, à condition d'en formuler la demande (imprimés complétés).

## **4. L'affiliation**

---

Les personnes doivent être affiliées préalablement à un régime d'assurance maladie (affiliation en raison d'une activité professionnelle ou affiliation à la CMU de base par exemple)

## **5. Les procédures d'ouverture des droits**

---

### **5.1. La constitution du dossier**

---

Le dossier de CMUc est constitué par le demandeur et transmis à la CPAM du lieu de résidence. La CPAM instruit le dossier et prend la décision d'attribution de la prestation.

### **5.2. L'instruction des demandes**

---

Il convient de constituer un dossier de demande de CMUc qui comprend :

- La demande de prise en charge (formulaire CERFA S3711d), qui comporte également un volet de déclaration de ressources annuelles ;
- Le choix par le demandeur de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3712) : CPAM, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance.

**NB** : les formulaires de demande et de choix de l'organisme gestionnaire sont nécessaires pour constituer le dossier de demande et ne peuvent être dissociés.

Le dossier de demande doit comprendre l'ensemble des pièces justificatives nécessaires relatives à l'identité, à la résidence et aux ressources.

Comme pour la CMU de base, les agents d'accueil de la sécurité sociale présents dans les hôpitaux sont habilités à procéder à l'instruction de la demande, si le patient présente toutes les pièces.

### **5.3. La date d'effet de l'affiliation**

---

**Règle générale :**

La date d'affiliation est celle du dépôt du dossier complet (article [R 861-16](#) du CSS) à la CPAM.

**Cas particulier :**

Lorsque le demandeur qui séjourne dans un établissement de santé n'est pas en mesure de déposer sa demande le jour de l'entrée dans l'établissement.

**La date d'entrée à l'hôpital** est assimilée à la date de dépôt de la demande (cf. circulaire du 17 décembre 1999). Les droits sont ouverts dès la date d'entrée dans l'établissement : la demande doit être transmise dans les plus brefs délais à la caisse et la rétroactivité des droits est limitée, dans le seul cas de l'hospitalisation, à deux mois (☞ lettre ministérielle du 11 mars 2004).

**Cas particulier :**

Les patients traités dans l'hypothèse de l'urgence (lorsque la situation du demandeur l'exige, selon les termes de l'article [L 861-5](#) du CSS).

Les droits sont ouverts **au premier jour du mois du dépôt de la demande.**

#### **5.4. Les délais de traitement des dossiers par les organismes d'affiliation**

---

Les organismes d'affiliation ont un délai d'instruction de 2 mois à compter de la réception du dossier complet de la demande ; au delà de ce délai, l'ouverture des droits est réputée acquise.