

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE,
DU DÉVELOPPEMENT
ET DE L'AMÉNAGEMENT DURABLES
*Direction de l'Établissement
national des invalides
de la marine*

Circulaire du 28 février 2008 relative à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) : évolutions juridiques

NOR : *DEVB0805359C*

La présente circulaire vise à exposer les modifications législatives et réglementaires récentes concernant la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), intervenues avec la publication des actes suivants :

- décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 relatif à la condition de résidence pour l'ouverture des droits à certaines prestations d'assurance maladie ;
- loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 (art. 120) ;
- décret n° 2008-88 du 28 janvier 2008 relatif aux modalités d'évaluation des biens et des éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales sous conditions de ressources.

Elle modifie ainsi la circulaire ENIM n° 2007-5 du 16 janvier 2007 relative à l'aide à l'assurance complémentaire de santé, et la circulaire n° 2007-23 du 16 mars 2007 relative à la détermination des ressources et modalités de contrôle de l'attribution de la CMUC.

**1. Modalités de calcul des ressources ouvrant droit
à la CMUC**

1.1. Composition du foyer

Concernant la composition du foyer défini à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, pour lequel les droits à la CMUC et à l'ACS sont étudiés, l'article 5 du décret du 28 janvier 2008 précité apporte les précisions suivantes (art. R. 861-2 du code de la sécurité sociale).

Comme le conjoint, pour être considéré comme faisant partie du foyer, le partenaire lié au demandeur par un pacte civil de solidarité doit être soumis à une imposition fiscale commune avec le demandeur. Le rattachement au foyer de ces personnes s'étudie à la date du dépôt de la demande.

La prise en charge dans le foyer CMUC des enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents est déterminée en fonction de leur rattachement au foyer fiscal des parents. Ils peuvent ainsi être considéré comme étant à la charge réelle et continue d'un seul des parents ou à la charge partagée des deux parents selon le nombre de parts attribué à chacun d'entre eux dans la déclaration fiscale.

1.2. Détermination du plafond de ressources

Pour mémoire, le plafond de ressources prévu par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale a été modifié au 1^{er} juillet 2007 par le décret n° 2007-1084 du 10 juillet 2007.

Les nouveaux plafonds de ressources présentés par la circulaire ENIM n° 2007-49 du 23 juillet 2007 sont récapitulés dans le tableau suivant :

Plafonds pour l'attribution de la CMUC
au 1^{er} juillet 2007

(En euros.)

NOMBRE de personnes au foyer	MÉTROPOLE	DOM
1	7 272	8 094
2	10 908	12 141
3	13 090	14 569

4	15 271	16 997
Par personne supplémentaire	2 908,844	+ 3 237,54

Plafonds pour l'attribution de l'ACS
(plafond CMUC + 20 %) au 1^{er} juillet 2007

(En euros.)

NOMBRE de personnes au foyer	MÉTROPOLE	DOM
1	8 727	9 713
2	13 090	14 569
3	15 708	17 483
4	18 326	20 397
Par personne supplémentaire	3 490,6128	+ 3 885,05

L'article R. 861-3 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret du 28 janvier 2008, précise que pour déterminer la composition du foyer, les personnes considérées, en plus du demandeur, doivent être prises en compte dans l'ordre suivant :

- en priorité, le conjoint ou concubin partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ensuite les enfants ou autres personnes à charge énumérées à l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale, par ordre décroissant d'âge.

Pour les demandeurs ayant un ou des enfants mineurs en résidence alternée, qui sont à charge égale des parents en application des dispositions ci-dessus (cf. R. 861-2 CSS), le plafond de ressources est majoré des taux indiqués à l'article R. 861-2, divisés par deux. Ainsi, ces taux s'élèvent à 50 % au titre de la seconde personne, 30 % au titre des troisième et quatrième personnes et 40 % à partir de la cinquième personne.

En application des dispositions ci-dessus, en cas de charge partagée d'un enfant mineur, ce plafond de ressources doit donc être majoré :

- de 25 % si le foyer n'est composé que du demandeur et de l'enfant ;
- de 15 % si l'enfant est considéré comme la troisième ou quatrième personne du foyer ;
- de 20 % s'il est la 5^e personne du foyer.

1.3. Evaluation des ressources

Revenus issus de l'exploitation des biens et capitaux

En application de l'article R. 861-5 du code de la sécurité sociale, le revenu procuré par la possession de terrains et biens immeubles bâtis et non bâtis est évalué en fonction d'un pourcentage de la valeur locative (cf. articles 1508, 1516, 1509 et 1518 du code général des impôts) déterminée sur le territoire où sont situés ces derniers (50 % de la valeur des biens bâtis, 80 % de la valeur des non bâtis). Le décret du 28 janvier 2008 complète ces dispositions en précisant que, dans le cas où la valeur locative de ces biens ne peut être connue, le revenu est déterminé à partir de la valeur locative de la résidence principale. Le revenu procuré par les capitaux reste égal à 3 % du montant des capitaux.

Avantages en nature

Un nouvel article R. 861-6-1 du code de la sécurité sociale, introduit par le décret du 28 janvier 2008, complète les dispositions relatives à l'évaluation des avantages en nature autres que :

- les avantages procurés par l'occupation gratuite ou la possession d'un logement, tels que définis à l'article R. 861-5 du code de la sécurité sociale ;
- les libéralités d'un tiers.

Ainsi, tous les autres avantages sont pris en compte lorsqu'ils excèdent 7 % du plafond de ressources prévu à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, pour l'étude des droits à la CMUC. En pratique, ces avantages doivent donc être comptabilisés lorsqu'ils dépassent :

- 509 euros pour un foyer d'une personne ;
- 764 euros pour un foyer de deux personnes ;
- 916 euros pour un foyer de trois personnes ;
- 1 069 euros pour un foyer de quatre personnes.

Forfaits pour les aides personnelles au logement

*Un forfait unique pour les premières demandes
et les renouvellements*

La loi de finances n° 2007-1822 pour 2008 citée en référence a modifié l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'évaluation des ressources représentées par les aides personnelles au logement lors de la première demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou d'aide à la complémentaire santé (ACS). Le point 2.9 de la circulaire ENIM n° 2007-23 du 16 mars 2007, qui traitait de ces modalités de calcul doit donc être modifié en conséquence, conformément aux dispositions ci-dessous.

Dans un souci de simplification, la procédure à suivre pour prendre en compte les aides personnelles au logement dans les ressources totales sera désormais identique lors de la première demande de CMUC ou d'ACS, et lors du renouvellement des droits. Ainsi, il n'existe plus qu'un seul forfait logement de référence, fondé sur un pourcentage du revenu minimum d'insertion (RMI). Ce forfait est déterminé à l'article R. 861-7, qui a été modifié par le décret du 28 janvier 2008 selon les modalités suivantes :

- pour un foyer composé d'une seule personne, le forfait est égal à 12 % du RMI mensuel ;
- pour un foyer de deux personnes, le forfait est égal à 16 % du RMI mensuel de deux personnes (et non plus 14 %) ;
- pour un foyer de trois personnes, le forfait est égal à 16,5 % du RMI mensuel de trois personnes (au lieu de 14 % antérieurement).

Le tableau suivant récapitule ces données :

Montants mensuels des forfaits
« aides personnelles au logement » pour 2008

NOMBRE de personnes composant le foyer	POURCENTAGE du RMI pris en compte	MONTANT mensuel du RMI applicable (à compter du 1/01/2008) (en euros)	MONTANT du forfait logement applicable (à compter du 1/01/2008) (en euros)
1	12 %	447,91	53,75
2	16 %	671,87	107,50
3	16,5 %	806,24	133,03

A noter que le forfait logement n'est pris en charge dans la détermination des ressources que lorsque le montant des aides personnelles au logement perçues sont supérieures au montant du forfait mensuel.

Coordination des forfaits 2007 et 2008

Le forfait logement n'est comptabilisé dans les ressources que pour les mois pour lesquels il s'applique. Sur ce point, pour chaque mois considéré de la période de référence (cf. note 1) de 12 mois, c'est donc le montant du RMI existant au cours de ce mois qui sert de base de calcul au montant du forfait. Ainsi, pour toute demande déposée jusqu'au 31 décembre 2008, les caisses seront amenées à retenir au moins pour un mois le montant du forfait logement de 2007, ce qui implique de différencier les montants 2007 et 2008 du RMI.

Compte tenu de la complexité des règles applicables jusqu'à présent, et afin de mieux coordonner le nouveau système de forfait logement et les dispositions antérieures, la CNAMTS préconise d'appliquer les nouveaux taux au montant du RMI en vigueur en 2007 et de retenir un forfait logement identique quelle que soit la situation du demandeur (première demande et renouvellement).

Par conséquent, pour toute décision prise à compter du 31 janvier 2008, date d'entrée en application des nouveaux forfaits, les forfaits logements à prendre en compte au titre de l'année 2007 seront calculés à partir du tableau suivant, qui remplace le tableau présenté au point 2.9 de la circulaire n° 2007-23 du 16 mars 2007 :

Montants mensuels des forfaits
« aides personnelles au logement » pour 2007

NOMBRE de personnes composant le foyer	POURCENTAGE du RMI pris en compte	MONTANT mensuel du RMI applicable (à compter du 1/01/2007)	MONTANT du forfait logement applicable (à compter du 1/01/2007)
---	--	---	--

		(en euros)	(en euros)
1	12 %	440,86	52,90
2	16 %	661,29	105,81
3	16,5 %	793,55	130,94

**Forfaits logement pour les propriétaires
et occupants à titre gratuit**

L'article R. 861-5 du code de la sécurité sociale fixant les taux du forfait logement pour les propriétaires (ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement) et les occupants à titre gratuit n'a pas été modifié. Il convient en conséquence de reprendre les taux suivants (cf. point 2.9 de la circulaire n° 2007-23 du 16 mars 2007) :

- 12 % du RMI pour un foyer d'une personne ;
- 14 % du RMI de 2 personnes pour les foyers de 2 personnes ;
- 14 % du RMI pour les foyers de 3 personnes.

Les tableaux suivants récapitulent les montants à prendre en compte pour les années 2007 et 2008 :

**Forfait logement pour les propriétaires
et locataires à titre gratuit pour 2007**

NOMBRE de personnes composant le foyer	POURCENTAGE du RMI pris en compte	MONTANT mensuel du RMI applicable (à compter du 1/01/2007) (en euros)	MONTANT du forfait logement applicable (à compter du 1/01/2007) (en euros)
1	12 %	440,86	52,90
2	14 %	661,29	92,58
3	14 %	793,55	111,10

**Forfait logement pour les propriétaires
et locataires à titre gratuit pour 2008**

NOMBRE de personnes composant le foyer	POURCENTAGE du RMI pris en compte	MONTANT mensuel du RMI applicable (à compter du 1/01/2008) (en euros)	MONTANT du forfait logement applicable (à compter du 1/01/2008) (en euros)
1	12 %	447,91	53,75
2	14 %	671,87	94,06
3	14 %	806,24	112,87

2. Conditions liées à la résidence

Le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 a introduit de nouvelles dispositions relatives à la condition de résidence pour l'ouverture des droits à la CMUC et à l'ACS des assurés des régimes obligatoires de sécurité sociale et de leurs ayants droits majeurs. D'autre part, le décret du 28 janvier 2008 a créé, dans le code de la sécurité sociale, une section 1 au chapitre 1^{er} du livre VIII (partie réglementaire) intitulée « Dispositions relatives à la résidence ». Ces dispositions sont applicables à l'ENIM, selon les modalités suivantes.

2.1. *Le droit à la CMUC :*
un droit soumis à condition de résidence
 Définition de la condition de résidence
Avant la publication du décret du 14 mars 2007

En plus du respect des conditions de ressources définies ci-dessus, l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale prévoit

l'attribution d'une couverture maladie complémentaire pour les assurés remplissant les conditions de résidence en France prévues à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci dispose 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 ». L'article R. 380-1 précise que la résidence stable et régulière signifie une résidence en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, ininterrompue depuis plus de trois mois.

*Dispositions nouvelles introduites par le décret
du 14 mars 2007*

L'article R. 115-6 CSS, créé par le décret 2007-354 introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale qui définit la notion de résidence en France comme suit.

Sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont leur foyer ou leur résidence principale sur le territoire métropolitain ou dans les départements d'outre-mer :

- le foyer est « le lieu où les personnes habitent normalement, (...) [le] lieu de leur résidence habituelle à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans département d'outre-mer ait un caractère permanent » ;
- la condition de séjour principal « est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer. Sous réserve des dispositions de l'article R. 115-7 sont réputées avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations ».

L'article R. 115-7 du code de la sécurité sociale impose l'obligation, aux assurés bénéficiant des prestations soumises à condition de résidence, de déclarer « tout changement de situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice de ces prestations par cet organisme ». Dans le cas contraire, la personne qui omettrait de signaler son changement de situation serait coupable de fraude à la condition de résidence.

L'obligation de situation régulière en France

Pour les personnes étrangères, la condition de résidence ne peut être remplie que si la personne qui demande le bénéfice des prestations est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail en France, conformément aux dispositions des articles L. 115-6, L. 115-7 et D. 115-1 du code de la sécurité sociale. Il est donc demandé aux services instructeurs des demandes de CMUC et d'ACS de vérifier la régularité de la situation des demandeurs avant toute étude approfondie des dossiers.

2.2. Application à l'ENIM pour le traitement des dossiers

L'introduction de l'article R. 115-6 du code de la sécurité sociale ne modifie pas les conditions exigées lors de l'ouverture des droits à la CMUC.

En cas de première demande, le caractère stable de la résidence reste défini par l'article R. 380-1 du code de la sécurité sociale comme le fait de résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

L'effectivité de la condition de résidence au sens de l'article R. 115-6 du code de la sécurité sociale sera donc à vérifier lors du renouvellement des droits à la CMUC.

La justification de cette résidence pourra être prouvée par tout moyen et un arrêté ministériel devrait établir une liste indicative de pièces justificatives permettant d'attester la résidence en France.

Il convient également de rappeler que les dispositions de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale autorisent les organismes de sécurité sociale à solliciter auprès des personnes morales ou physiques agréées par l'autorité consulaire français des informations sur l'effectivité de la résidence en France des assurés sociaux.

La présente circulaire sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables.

Fait à Paris, le 28 février 2008.

*Le directeur de l'établissement
national
des invalides de la marine,
M. Le Bolloc'h*

NOTE (S) :

(1) Correspondant aux douze mois précédant la demande (cf. articles R. 861-11 et R. 861-14 du code de la sécurité sociale).