

La protection universelle maladie

Article mis à jour le 27 janvier 2016

Le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie entre en application*. Cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Quel est l'objectif de cette réforme ?

Simplifier la vie des assurés, assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé, réduire au strict nécessaire les démarches administratives, garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

Cette réforme parachève ainsi la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

Pourquoi cette réforme ?

Jusqu'au 31 décembre 2015, pour bénéficier de la prise en charge par l'Assurance Maladie de vos frais de santé, vous deviez remplir certaines conditions : par exemple, si vous êtes salarié, vous deviez justifier avoir travaillé suffisamment pour vous ouvrir des droits ; si vous êtes sans emploi, vous pouviez avoir droit à l'assurance maladie soit en tant qu'ayant droit d'un assuré, soit au titre du maintien de vos droits antérieurs, soit en demandant chaque année la CMU de base.

Ces règles nécessitaient d'avoir à effectuer un certain nombre de démarches administratives pour faire valoir vos droits à la prise en charge de vos frais de santé et pouvaient, éventuellement, causer des ruptures dans vos droits lors de changements dans votre situation professionnelle ou familiale.

À partir du 1^{er} janvier 2016, avec la protection universelle maladie, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé :

- De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.
- Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Pour plus d'informations, consultez l'article [L'affiliation sur critère de résidence](#).

Qu'est ce qui change au 1er janvier 2016 ?

- **La simplification et la continuité des droits pour les assurés**

En pratique, dans la mesure où vous travaillez ou résidez en France de manière stable et régulière, la protection universelle maladie vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé en simplifiant vos démarches. Vous ne serez plus sollicité pour apporter des justificatifs, parfois chaque année, pour faire valoir vos droits à l'assurance maladie.

La réforme vous permet aussi de rester dans votre régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans vos droits sont ainsi évitées.

À noter : dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie - soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence - le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. La réforme s'accompagne ainsi de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire.

- **La suppression progressive du statut d'ayant droit**

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit. Ainsi, pour les 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit.

En pratique, avec la réforme, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle pourra choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

À noter : si vous êtes vous-même ayant droit majeur d'un assuré, vous continuez à bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé sans aucun changement.

Si vous le souhaitez, vous pouvez dès à présent demander votre affiliation en tant qu'assuré sur critère de résidence auprès de votre caisse d'assurance maladie. Pour cela, remplissez le formulaire [Demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence](#) - n° 735.cnamts (PDF, 335 Ko) et adressez-le, accompagné des justificatifs demandés, à votre caisse d'assurance maladie.

Les changements de situation personnelle n'auront donc plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle, ce qui garantit une plus grande autonomie. En effet, en cas de mariage, de séparation ou de veuvage, l'assuré continuera d'avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.

Par exemple :

- Jusqu'au 31 décembre 2015, après un divorce ou une séparation, le conjoint sans activité professionnelle devait, pour continuer à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé, demander la CMU de base un an après sa séparation. Cela pouvait le conduire à changer de régime d'assurance maladie si son ex-conjoint était agriculteur ou commerçant par exemple.
- Désormais, le conjoint sans activité professionnelle est assuré de façon autonome. Sa séparation ne changera rien sur ses droits à l'assurance maladie, qu'il conservera sans démarche ni changement de régime et de caisse d'assurance maladie.

À noter : si vous êtes vous-même sans activité professionnelle, vous avez la possibilité, le cas échéant, d'être géré par le régime et la caisse d'assurance maladie de votre conjoint (ou concubin ou partenaire PACS). Il vous suffit d'en faire la demande via un formulaire de droit d'option auprès de votre caisse d'assurance maladie.

* La protection universelle maladie est prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.