

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU "DE BASE"

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle (CMU) qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance-maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

Loi n° 99.641 du 27 juillet 1999 - JO du 28 juillet 1999

Décret n° 2014-516 du 22 mai 2014

PERSONNES AFFILIÉES AU RÉGIME GÉNÉRAL DU FAIT DE LEUR RÉSIDENCE EN FRANCE

Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général de Sécurité sociale, lorsqu'elle n'a droit à aucun titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie-maternité.

Article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale

☞ *L'affiliation sur critère de résidence présente un caractère obligatoire (procédure d'affiliation d'office) et subsidiaire : elle n'est mise en œuvre que si l'intéressé ne relève pas à un autre titre à un autre régime obligatoire de Sécurité sociale (assuré, ayant droit, maintien de droit). Les personnes affiliées au titre de leur activité salariée ou non-salariée ne peuvent donc prétendre à la CMU.*

Circulaire DSS/5A/5B n° 2000-21 du 12 janvier 2000

Cessation de résidence en France

Le bénéfice du maintien de droit n'est pas applicable aux personnes qui ne résident pas en France.

Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale

Les bénéficiaires de la CMU sont tenus de restituer de ce fait leur carte vitale.

Notion de résidence

Pour bénéficier du service des prestations en nature, ainsi que du maintien du droit aux prestations, sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer leur foyer ou le lieu de leur séjour principal. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour le service des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un 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. 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.

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen. Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale fixe la liste des données ou des pièces relatives à la condition de résidence.

Article R. 115-6 du Code de la Sécurité sociale

Toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'Outre-Mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme.

Article R. 115-7 du Code de la Sécurité sociale

Aucun délai n'est requis :

- aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ainsi qu'aux personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique ou scientifique ;
- aux bénéficiaires des prestations familiales, allocations aux personnes âgées, prestations d'aide sociale et aux bénéficiaires du RSA ;
- aux personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.
- aux personnes ayant accompli, en application des dispositions du chapitre II du titre II du livre Ier du code du service national, un volontariat international à l'étranger, si elles n'ont droit à aucun autre titre à leur retour en France aux prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Pour prouver sa situation, l'intéressé doit fournir un document émanant de l'administration ou de l'organisme compétent.

*Articles R. 380-1 et R. 861-1 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 - article 4*

Personnes de nationalité étrangère

Ces personnes doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière, par la production d'un titre ou d'un document attestant de la régularité de leur situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.

Article R. 380-1 du Code de la Sécurité sociale

La condition de régularité est remplie si le ressortissant étranger produit une carte de séjour délivrée dans les conditions de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

À défaut de production d'une carte de séjour, la présentation de tout document attestant qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence établit que la condition de régularité de séjour est remplie. Parmi ces documents, figurent le récépissé en cours de validité, la convocation, le rendez-vous en préfecture.

Circulaire DSS/2A/DAS/DPM n° 2000-239 du 27 avril 2000

Toutefois, cette condition de régularité de la résidence n'est pas opposable aux ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et à leurs ayants droit, quelle que soit la nationalité de ces derniers.

Les caisses primaires d'assurance-maladie sont invitées à ne pas se référer aux listes de titres de séjour ou documents fixés pour l'ouverture du droit aux prestations du régime général définies aux articles L. 115-6 et L. 161-25-2 du Code de la Sécurité sociale.

☞ *Les étrangers ne relevant pas de la CMU peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de l'AME (Aide médicale d'État).*

Article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles

Enfants de personnes en situation irrégulière

Les ayants droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière sont affiliés au régime général sur critère de résidence (3 mois de résidence).

Article L. 380-5 nouveau du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre

Étudiants étrangers

Les étudiants étrangers âgés de plus de 28 ans, à la condition qu'ils soient inscrits dans un établissement français et titulaires d'un visa long séjour «Étudiant», peuvent dès leur arrivée en France, bénéficier de l'accès à la CMU de base visée à l'article L. 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale, et ne sont pas tenus de souscrire un contrat privé d'assurance santé.

L'attestation de bénéficiaire de la CMU permet de faire valoir leur couverture maladie auprès des autorités compétentes.

Réponse ministérielle - JO Sénat du 21 septembre 2000

Ressortissants européens inactifs

Les ressortissants européens inactifs, résidant en France depuis moins de 5 ans peuvent se voir « confronter à des difficultés graves ou imprévisibles indépendantes de leur volonté » ne leur permettant plus de disposer d'une couverture complète.

Hors comportements abusifs, un droit à la CMU peut leur être ouvert après examen au cas par cas des circonstances dans lesquelles la couverture maladie a été perdue.

Circulaire DSS/DACI n° 2011-225 du 9 juin 2011

Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.

Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.

Ces dispositions sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.

Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général ne sont pas assujettis à la CRDS et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2.

Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du Code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

Article L. 380-3-1 du Code de la Sécurité sociale

Contrôle de la condition de résidence

Les organismes d'assurance-maladie qui servent les prestations organisent un contrôle de l'effectivité de la résidence en France dans les cas suivants :

- lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général ;
- lors du calcul annuel des ressources ;
- lors d'un changement d'organisme de rattachement ;
- lors de la déclaration d'un ayant droit ou de son retrait ;
- lors de la demande de protection complémentaire en matière de santé ou lors de l'expiration du droit à cette protection, alors que l'intéressé est déjà affilié au régime général.

En tout état de cause, ce contrôle a lieu une fois par an.

*Article R. 161-1 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007*

PERSONNES EXCLUES DU CHAMP D'APPLICATION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Ne peuvent bénéficier de la CMU :

- les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;
- les personnes de nationalité étrangère qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;
- les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance-maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;
- les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 ;
- les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

Article L. 380-3 du Code de la Sécurité sociale

Les personnes éligibles à la CMU de base sont celles qui n'ont droit à aucun titre aux prestations en nature d'un autre régime d'assurance-maladie maternité.

AYANTS DROIT AUTONOMES

Le statut d'ayant droit autonome peut être accordé aux ayants droit des bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

Ce statut permet le remboursement à titre personnel des prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité.

Enfants ayants droit

L'enfant ayant droit peut demander à être identifié de façon autonome dès l'âge de 16 ans.

Article L. 161-14-1 du Code de la Sécurité sociale

Autres ayants droit

Sont automatiquement, sauf refus exprès de leur part, ayants droit autonomes :

- le conjoint de l'assuré ;
- l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^e degré ou l'allié du même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ;
- la personne qui vit maritalement ou celle qui vit depuis au moins 12 mois avec un assuré social et qui se trouve à sa charge totale effective et permanente.

RESSORTISSANTS COMMUNAUTAIRES INACTIFS

Les ressortissants communautaires et assimilés, résidant ou souhaitant résider en France en qualité d'inactifs, d'étudiants ou de demandeurs d'emploi, peuvent bénéficier de la CMU sous réserve de résider de manière régulière en France, de disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie complète.

En pratique, l'accès CMUC ne doit être accordé que lorsque ayant acquis un droit de résider, ces ressortissants connaissent un accident de la vie les conduisant à perdre leurs ressources ou assurance maladie.

Circulaire DSS/DACI n° 2007-418 du 23 novembre 2007

AFFILIATION ET COTISATIONS

AFFILIATION

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif sont agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes, qui au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Article L. 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale

Les personnes sont affiliées obligatoirement, le cas échéant d'office, au régime général par la caisse primaire d'assurance maladie. Toutefois, si la demande a été adressée à une caisse primaire autre que celle-ci, la caisse qui a reçu la demande procède à l'affiliation provisoire et transmet le dossier, suivant le cas, à la caisse primaire mentionnée à la première phrase du présent article ou à celle du lieu d'élection de domicile. Lorsqu'il apparaît que l'intéressé ne relève pas du régime général au titre de l'article L. 380-1, la caisse primaire ayant reçu sa demande d'affiliation la transmet à l'organisme compétent.

Article R. 380-2 du Code de la Sécurité sociale

Modifié par Décret n° 2014-516 du 22 mai 2014 - article 2 JORF du 23 mai 2014

COTISATIONS

Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Cette cotisation est fixée à 8 % du montant des revenus, en référence au mode de calcul utilisé pour l'appréciation du seuil de déclenchement de l'exonération du paiement de la cotisation sociale généralisée.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions de droit commun, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État.

Article R. 380-2 du Code de la Sécurité sociale

Non-paiement des cotisations

La perception des prestations d'assurance maladie et maternité n'est plus conditionnée par le paiement préalable des cotisations.

Articles L. 161-2 et L. 615-8 du Code de la Sécurité sociale

Toutefois, l'absence des cotisations d'assurance maladie, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire peut conduire dans des conditions fixées par décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social. Cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.

La suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie peut être décidée par le directeur de la caisse ou de l'organisme compétent à l'égard d'un assuré dont la mauvaise foi est établie par des faits caractérisant l'intention de ne pas payer les cotisations obligatoires d'assurance maladie.

Pour décider de suspendre le versement des prestations, le directeur de la caisse ou de l'organisme compétent doit notamment prendre en considération l'ancienneté et l'importance de la dette de l'assuré en matière de cotisations d'assurance maladie, le défaut de réponse aux courriers de la caisse ou de l'organisme chargé du recouvrement et l'existence d'une capacité contributive.

La décision de suspendre le versement desdites prestations, dûment motivée, est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception, et précise que cette décision est susceptible de recours.

La suspension du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie cesse dès lors que l'assuré est à jour de ses cotisations d'assurance maladie ou respecte l'échéancier qui lui a été accordé. La caisse ou l'organisme compétent en informe dans un délai de 8 jours l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Le droit aux prestations en nature ne peut être suspendu :

- si l'intéressé remplit les conditions pour prétendre à la protection complémentaire santé ;
- s'il a engagé une procédure auprès de la commission de surendettement des particuliers ;
- ou s'il est admis au bénéfice des dispositions prévues par le décret n° 97-656 du 30 mai 1997 instituant une commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de Sécurité sociale pour l'examen de la situation des débiteurs retardataires.

Décret n° 99-1042 du 13 décembre 1999 - JO du 14 décembre

Résiliation des contrats d'assurance privés

Sont résiliés de plein droit, à compter de la date où le contractant est affilié au régime général en application de l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, tous les contrats d'assurance portant sur les risques couverts par cette affiliation. Les cotisations ou primes afférentes à ces contrats sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Si la garantie résultant de ces contrats est supérieure à celle qu'assure le régime général, le contrat peut être maintenu en vigueur par un avenant et avec une réduction de prime.

Plafond de ressources

Il s'agit de ressources nettes de prélèvements obligatoires. Toutefois, ce principe ne doit pas conduire à inclure tous les versements effectués au profit du demandeur. Certains versements ne constituent pas des ressources :

- les crédits d'impôt et droits à récupération fiscale ;
- les primes pour l'emploi.

Le plafond annuel de ressources pour une personne seule est fixé à **9 601 €** (plafond applicable pour la période du **1^{er} octobre 2014** au **30 septembre 2015**).

Au-delà de ce seuil, une cotisation est exigible. Elle est due pour une période allant du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante.

Le plafond de ressources est revalorisé pour chaque année civile, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile précédant la revalorisation, publiée par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Lorsque les revenus dépassent ce plafond annuel, le bénéficiaire de la couverture maladie universelle doit verser une cotisation au taux de 8 % assise sur les revenus perçus au cours de l'année civile précédente sur la fraction excédant un plafond réévalué chaque année.

À compter du 1^{er} octobre 2014, sont soumis à cotisation, les revenus pour la fraction supérieure à **9 601 €**.

Articles D. 380-1 à D. 380-4 du Code de la Sécurité sociale

Une somme directement versée à un tiers pour le compte du demandeur doit être prise en compte dans les ressources (en l'espèce, la pension et l'aide personnelle au logement d'une personne hébergée en établissement et directement versées au comptable de l'établissement pour couvrir les frais de son hébergement).

Conseil d'État 5 juin 2001 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité c/ Mme R

Calcul de la cotisation

La cotisation due par les personnes affiliées au régime général est calculée pour chaque année civile sur la base des revenus définis au deuxième alinéa de l'article L. 380-2, après déduction du montant annuel fixé à l'article D. 380-4, perçus au cours de l'avant-dernière année civile précédant celle au titre de laquelle elle est due.

Les revenus des époux ou partenaires de pacte civil de solidarité qui ne sont pas individualisés dans l'avis d'imposition en cas de déclaration commune sont pris en compte pour moitié du montant des revenus communs.

Article D. 380-1 du Code de la Sécurité sociale

■ a) pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015, la cotisation est due et est calculée sur une assiette ramenée à la durée d'affiliation sur cette période. Elle est assise sur les revenus perçus au cours de l'année 2013. Son montant est au maximum égal à cinq quarts de 8 % de ces revenus pour la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 du même code ou de 6 % de ces mêmes revenus pour la cotisation mentionnée au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 du même code ;

■ b) pour les personnes dont l'affiliation intervient entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2014 en application de l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, la cotisation est assise sur les revenus mentionnés à l'article D. 380-1 du même code dans sa rédaction issue du présent décret perçus au cours de l'année 2012 et est calculée sur une assiette ramenée à la durée d'affiliation de cette période. Son montant est au maximum égal à quatre douzièmes de 8 % de ces revenus pour la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 du Code de la sécurité ou de 6 % pour la cotisation mentionnée au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 du même code.

Pour les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de Sécurité sociale, les dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2014.

Date d'effet du paiement de la cotisation

La cotisation est due à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date d'effet :

- de l'affiliation ;
- de la fin de droit à la protection sociale complémentaire.

La cotisation cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil de la date d'effet : de la fin de l'affiliation ou de l'ouverture du droit à la protection complémentaire.

Versement de la cotisation

Les caisses primaires d'assurance maladie communiquent aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales la liste des personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 380-1, à l'exception des personnes exonérées au titre de l'article D. 380-2.

Les éléments nécessaires à la détermination des revenus mentionnés à l'article D. 380-1 des personnes affiliées au régime général en application des dispositions de l'article L. 380-1 sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés de la liquidation et du recouvrement de la cotisation mentionnée à l'article D. 380-1.

Si ces éléments de revenus n'ont pas été communiqués par l'administration fiscale, les organismes chargés de la liquidation et du recouvrement de la cotisation précitée adressent sans délai et par tout moyen permettant d'en accuser réception aux personnes affiliées au régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 380-1 une déclaration de ressources conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Celle-ci doit être renseignée dans un délai d'un mois à compter de sa réception. Elle peut prendre une forme dématérialisée

*Article D. 380-5 du Code de la Sécurité sociale
Modifié par Décret n° 2014-517 du 22 mai 2014*

Contrôle de la condition de résidence

Les organismes d'assurance-maladie qui servent les prestations organisent un contrôle de l'effectivité de la résidence en France dans les cas suivants :

- lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général ;
- lors du calcul annuel des ressources ;
- lors d'un changement d'organisme de rattachement ;
- lors de la déclaration d'un ayant droit ou de son retrait ;
- lors de la demande de protection complémentaire en matière de santé ou lors de l'expiration du droit à cette protection, alors que l'intéressé est déjà affilié au régime général.

En tout état de cause, ce contrôle a lieu une fois par an.

*Article R. 161-1 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007*

SYNTHÈSE DES RESSOURCES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Éléments à prendre en compte

Revenu fiscal de référence (de l'assuré et ses ayants droit)

- Revenus pris en compte :
 - traitement et salaires,
 - pensions, retraites et rentes,
 - revenus d'activités non-salariées,
 - revenus fonciers,
 - revenus des valeurs et capitaux mobiliers,
 - montant des plus-values mobilières et immobilières imposables.

- charges admises en déduction ;
- déficits ;
- charges déductibles du revenu global ;
- abattements spéciaux.

- réintégration de certaines charges déduites et prises en compte de certains revenus exonérés d'impôt :
 - réintégration de certaines charges,
 - prise en compte de certains revenus.

Ne sont pas prises en compte dans les ressources les prestations suivantes :

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;
- les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;
- les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ;
- les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du Code rural et de la pêche maritime ;
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail
- la prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du Code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du Code rural et de la pêche maritime ;
- la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L. 755-19, à l'exception du complément de libre choix d'activité ;

- les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;
- les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2, sauf les bourses de l'enseignement supérieur ;
- les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du Code rural et de la pêche maritime ;
- le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale ;
- l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord créée par l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;
- l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives instituée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1994 ;
- les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national ;
- le revenu minimum d'insertion prévu à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion et le revenu supplémentaire temporaire d'activité prévu par le décret n° 2009-602 du 27 mai 2009.

Droit CMUC du foyer comptant un titulaire du RSA jeune

Lorsqu'un jeune de 18 à 35 ans bénéficie du revenu de solidarité active « jeune », le droit à CMUC des parents doit être examiné au regard de l'ensemble des personnes présentes au foyer.

Pour éviter toute rupture du droit, les CPAM sont invitées à vérifier, à l'expiration du droit à protection complémentaire, si les autres membres de la famille ont des droits en cours.

Circulaire DSS/2A n° 2010-381 du 25 octobre 2010

Formulaire demande de CMU

Le formulaire de demande de CMU est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/securitesociale/docs/S3710CMU.pdf

TIERS PAYANT

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Les personnes sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité, ainsi que pour les frais pris en charge gratuitement.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins, bénéficient pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Les personnes dont le droit aux prestations vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité et, le cas échéant, de la couverture complémentaire.

Article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 - JO du 23 décembre

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre

MODALITÉS D'APPLICATION

Pour prétendre au dispositif de dispense d'avance de frais, le bénéficiaire de soins doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie électronique.

Le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des actes ou prestations effectués est garanti au jour de la délivrance de ces actes ou prestations, et sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés.

Le paiement n'est pas garanti si la carte d'assurance maladie est inscrite sur la liste d'opposition (en cas de perte, vol ou dénonciation)

Article D. 861-2 du Code de la Sécurité sociale

MODALITÉS TECHNIQUES ET FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DU TIERS PAYANT

Dans le cadre de cette procédure, l'organisme servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie qui reçoit les documents, permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement, procède à la liquidation de la part prise en charge par le régime de base et transmet l'image décompte à l'organisme complémentaire concerné.

L'organisme complémentaire liquide la part restant à sa charge et transmet au retour à l'organisme servant les prestations du régime de base le résultat de cette liquidation, dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la date d'envoi de l'image décompte par ledit organisme.

L'organisme complémentaire procède dans le même temps au virement de la somme correspondante sur le compte bancaire désigné par l'organisme servant les prestations du régime de base. S'il a choisi la procédure de prélèvement, il veille à l'alimentation de son compte bancaire pour le montant correspondant.

Dès réception du résultat de la liquidation, l'organisme servant les prestations du régime de base s'assure, pour prendre en charge la couverture financière de la part complémentaire, de l'alimentation par l'organisme complémentaire de son compte bancaire ou de celui de la caisse nationale, ou émet un avis de prélèvement sur le compte bancaire de l'organisme complémentaire. Il effectue ensuite le règlement au professionnel ou à l'établissement de santé pour le montant des 2 parts.

En cas d'absence de réception de la part complémentaire dans le délai de 5 jours ouvrés ou s'il y a impossibilité de rapprocher les 2 parts, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le règlement au professionnel ou à l'établissement de santé pour le montant des 2 parts et se fait rembourser par l'organisme complémentaire.

Article 1^{er} - Arrêté Ministériel du 28 juin 2000 - JO du 4 juillet

PERTE DU DROIT À LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Une personne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité seulement si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du Code civil.

Article L. 161-15-1 du Code de la Sécurité sociale

Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.

Article L. 161-15-2 du Code de la Sécurité sociale

DURÉE DE MAINTIEN DE DROIT

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général bénéficient d'un maintien de droit.

Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale

La durée de maintien de droit est fixée à 1 an pour les prestations en nature et en espèces.

Article L. 161-3 du Code de la Sécurité sociale

Sont toutefois exclus du bénéfice de cette mesure :

- les chômeurs créateurs d'entreprises.

Article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale

- les personnes en congé parental d'éducation ou titulaires de l'allocation parentale d'éducation pour lesquelles la durée de maintien de droit est de 12 mois.

Articles L. 161-9 et L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien de droits, les personnes qui ne relèvent pas d'un régime obligatoire sont affiliées au régime général sur critère de résidence.

Circulaire DSS/2A n° 99/701 du 17 décembre 1999

PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ (CMUC)

Les personnes résidant en France dans les conditions prévues à l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, dont les ressources sont inférieures à un plafond de 8 644,52 € pour une personne seule, ont droit à une couverture complémentaire.

Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Il est révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque la situation du demandeur l'exige et pour permettre un accès rapide aux soins, la CMUC peut être attribuée de façon immédiate. Pour assurer le contrôle effectif des droits à la CMUC, une attestation provisoire d'attribution est désormais délivrée pour une période limitée à 3 mois.

À l'issue de cette période, la caisse confirme ou infirme le droit pour le reliquat de la période d'un an.

Circulaire DSS n° 2008-155 du 7 mai 2008

COMPOSITION DU FOYER

Le foyer se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que :

- de son conjoint soumis à une imposition commune ;
- de son concubin ;
- du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- des personnes à charge du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- des enfants et des autres personnes, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- des enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;
- des enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande et qui reçoivent une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

L'imposition commune du conjoint et le rattachement s'apprécient au regard de la dernière déclaration effectuée au titre de l'impôt sur le revenu à la date du dépôt de la demande de protection complémentaire.

Article R. 861-2 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 99-1004 du 1^{er} décembre 1999

Cas particuliers des étudiants

Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du Code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire ;

Les étudiants concernés sont ceux qui bénéficient de :

- l'aide annuelle du fonds national d'aide d'urgence versée par le centre régional des œuvres universitaires ;
- l'étudiant en rupture familiale (sa situation est attestée par une évaluation sociale) ;

- l'étudiant en situation d'indépendance avérée (domicile séparé, avis fiscal séparé, revenus salariés d'au moins 3 SMIC sur les 12 derniers mois) ;
- l'étudiant en difficultés particulières (exemple parents récemment décédés ou incarcérés ; étudiant élevé par un membre de la famille sans décision judiciaire) ;
- l'étudiant en reprise d'études au delà de 28 ans (s'il ne dispose pas de ressources supérieures au plafond d'attribution des bourses et ne bénéficie pas d'aide telles que le chômage ou le RSA).

Article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale

Modifié par LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 - article 56 (V)

Mineurs en situation de rupture familiale

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de 16 ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond prévu.

Article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale

CONDITION DE RÉSIDENCE

Le critère de résidence est identique au régime de base.

Cependant, sont dispensés, pour la couverture maladie gratuite, de la condition de résidence ininterrompue depuis plus de 3 mois :

- les personnes affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, exercée pendant plus de 3 mois ;
- les personnes inscrites à un stage de formation professionnelle pour plus de 3 mois ;
- les bénéficiaires d'allocation de chômage et les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Article R. 861-1 du Code de la Sécurité sociale

Contrôle de la condition de résidence

Les organismes d'assurance-maladie qui servent les prestations organisent un contrôle de l'effectivité de la résidence en France dans les cas suivants :

- lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général ;
- lors du calcul annuel des ressources ;
- lors d'un changement d'organisme de rattachement ;
- lors de la déclaration d'un ayant droit ou de son retrait ;
- lors de la demande de protection complémentaire en matière de santé ou lors de l'expiration du droit à cette protection, alors que l'intéressé est déjà affilié au régime général.

En tout état de cause, ce contrôle a lieu une fois par an.

Article R. 161-1 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007

CONDITION DE RESSOURCES

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires. Certaines prestations à objet spécialisé, ainsi que les rémunérations de nature professionnelle, qui ont été interrompues, ne sont pas prises en compte au titre de ces ressources.

Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé.

Article L. 861-2 du Code de la Sécurité sociale

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande.

Chômage

Les rémunérations pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % si l'intéressé perçoit l'allocation de chômage partiel, l'allocation d'insertion ou l'allocation de solidarité spécifique.

Prise en compte des revenus d'activité

L'abattement de 30 % doit être appliqué à toute personne membre du foyer dès lors que cette personne se trouve en situation de chômage indemnisé à la date du dépôt de la demande de CMU complémentaire. Cet abattement ne concerne que les rémunérations d'activité perçues par l'intéressé pendant la période de référence. Sont donc exclues de l'abattement les ressources de chaque personne en chômage indemnisé d'une autre nature et les ressources des autres membres au foyer.

L'abattement est de droit dès lors que les conditions de perception de l'une de ces allocations (et non seulement le droit à celles-ci) sont remplies.

Ainsi, l'allocation d'assurance chômage n'est perçue qu'à l'expiration d'un délai de carence et d'un différé d'indemnisation définis par les conventions relatives à l'assurance chômage.

Cependant, la date du premier versement effectif de l'allocation n'a pas à être prise en compte. En conséquence, il convient de pratiquer l'abattement de 30 % sur les revenus d'activité dès lors que l'intéressé remplit juridiquement la condition de perception de l'allocation de chômage à la date du dépôt de la demande de CMU complémentaire, même si le premier versement n'a pas encore été effectué.

Lettre-circulaire DSS/2A du 27 décembre 2001 - BOMES n° 2002-5 du 16 février 2002

Majoration du plafond de ressources

Le plafond de ressources est majoré :

- de 50 % au titre de la 2^e personne membre du foyer ;
- de 30 % au titre de la 3^e et de la 4^e personne membre du foyer ;
- de 40 % par personne supplémentaire à compter de la 5^e personne.

Plafond de ressources⁽¹⁾ en fonction de la composition du foyer au titre de la CMUC

Nombre de personnes	Ressources annuelles en euros
Personne seule	8 645
2 personnes	12 967
3 personnes	15 560
4 personnes	18 153
Personne supplémentaire	+ 3 457,807

⁽¹⁾ Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande.

Composition des ressources

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé comprennent, sous les réserves et selon les modalités de calcul ci-après, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de CSG et CRDS, de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, y compris les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

Article R. 861-4 du Code de la Sécurité sociale

Les avantages en nature procurés par un logement occupé soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur, sont évalués mensuellement et de manière forfaitaire à :

- 12 % du montant du RSA fixé pour un allocataire lorsque le foyer se compose d'une personne ;
- 14 % du montant du RSA fixé pour 2 personnes lorsque le foyer se compose de 2 personnes ;
- 14 % du montant du RSA fixé pour 3 personnes lorsque le foyer se compose de 3 personnes ou plus.

Article R. 861-5 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque les biens ou capitaux ne sont ni exploités, ni placés, ils sont censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué à :

- 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis ;
- 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis ;
- 3 % de cette valeur s'il s'agit de capitaux.

Ceci ne s'applique pas aux avantages en nature procurés par un logement occupé par son propriétaire ou les membres du foyer du demandeur.

Article R. 861-6 du Code de la Sécurité sociale

Les aides personnelles au logement ne sont incluses dans les ressources qu'à concurrence d'un forfait égal à :

- 12 % du montant mensuel du RSA fixé pour un allocataire lorsque le foyer est composé d'une personne ;
- 14 % du montant mensuel du RSA fixé pour 2 personnes lorsque le foyer est composé de 2 personnes ;
- 14 % du montant mensuel du RSA fixé pour 3 personnes lorsque le foyer est composé d'au moins 3 personnes.

Article R. 861-7 du Code de la Sécurité sociale

Pour les travailleurs indépendants, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, ces revenus sont évalués forfaitairement à 40 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Arrêté du 29 décembre 1999 - JO du 31 décembre

Ressources à prendre en considération dans le cadre de l'Allocation aux adultes handicapés

Les ressources à prendre en considération sont l'ensemble des ressources nettes de quelque nature qu'elles soient et celles effectivement perçues au cours des 12 mois civils précédant la demande.

En conséquence, si le montant de l'allocation adulte handicapé a été réduit pour cause d'hospitalisation, c'est bien ce montant qui doit être pris en considération.

Lettre ministérielle DSSA du 16 juillet 2001 - BOMES n° 2001-31 du 8 septembre 2001

Période de référence

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande. En cas de diminution au cours de cette période du nombre de personnes composant le foyer, il n'est pas tenu compte des ressources perçues par les personnes qui, durant la période, ont cessé d'entrer dans les catégories visées.

Les rémunérations d'activité perçues par toute personne pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % :

- si l'intéressé justifie d'une interruption de travail supérieure à 6 mois, donnant lieu à la législation sur les affections de longue durée ;
- s'il se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance chômage ;
- s'il se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique.

La rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application du 2^o alinéa de l'article L. 961-1 du Code de la Sécurité sociale est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application de l'abattement précité, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation.

- s'il perçoit l'allocation d'insertion ;
- s'il perçoit l'allocation de solidarité spécifique ;
- s'il est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

Il n'est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l'année de référence lorsque l'intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu'il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

Article R. 861-8 du Code de la Sécurité sociale

Ressources à déduire

Sont déduites des ressources, les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires.

Article R. 861-10 du Code de la Sécurité sociale

Ne sont pas prises en compte dans les ressources les prestations suivantes :

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;
- les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du Code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;
- les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ;
- les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ;
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail
- la prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime ;
- la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L. 755-19, à l'exception du complément de libre choix d'activité ;
- les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;
- les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2, sauf les bourses de l'enseignement supérieur ;
- les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;
- le capital-décès servi par un régime de Sécurité sociale ;
- l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord créée par l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;
- l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives instituée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1994 ;
- les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national ;
- le revenu minimum d'insertion prévu à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion et le revenu supplémentaire temporaire d'activité prévu par le décret n° 2009-602 du 27 mai 2009.

Article R. 861-10 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2010.1032 du 30 août 2010

Droit CMUC du foyer comptant un titulaire du RSA jeune

Lorsqu'un jeune de 18 à 35 ans bénéficie du revenu de solidarité active « jeune », le droit à CMUC des parents doit être examiné au regard de l'ensemble des personnes présentes au foyer.

Pour éviter toute rupture du droit, les CPAM sont invitées à vérifier, à l'expiration du droit à protection complémentaire, si les autres membres de la famille ont des droits en cours.

Circulaire DSS/2A n° 2010-381 du 25 octobre 2010

Contrôle des ressources

Les organismes d'assurance-maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à Pôle Emploi, à l'administration des impôts et aux autres organismes de Sécurité sociale.

Article L. 861-9 du Code de la Sécurité sociale

PRISE EN CHARGE GRATUITE

Les personnes ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le Code de la Sécurité sociale ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

- de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de Sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
- du forfait journalier hospitalier ;
- des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. L'arrêté précise la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Pour bénéficier de la dispense d'avance de frais, l'assuré doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance-maladie électronique.

Les tarifs fixés par arrêté sont les suivants.

Optique

Les montants pris en charge correspondent à des prix de vente d'un montant limité à **54,57 €** pour des équipements complets (verres simple foyer, sphériques) et à **137,21 €** pour des équipements complets avec verres progressifs.

La prise en charge est limitée à une paire de lunettes par an. Des dérogations à la prise en charge d'une seule paire de lunettes par an peuvent être accordées pour les personnes atteintes d'aphakie. Avant 6 ans, la prise en charge est assurée sans limite annuelle d'attribution.

Les lentilles de contact ne sont pas prises en charge par la couverture maladie universelle.

Arrêté Ministériel du 14 août 2002 - JO du 28 septembre

Les opticiens sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des lunettes à des prix n'excédant pas les tarifs fixés par arrêté.

Cures thermales

Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39.

Article L. 162-40 du Code de la Sécurité sociale

Modifié par LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 - article 66

Dentisterie

Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale sont pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé en fonction des besoins du bénéficiaire, dans la limite des tarifs de la CMU.

Le plafond concerne uniquement le montant des dépassements pris en charge par la CMU complémentaire.

Ce plafond n'est pas applicable :

- aux frais afférents à des prothèses amovibles d'au moins 10 dents et aux traitements d'orthopédie dento-faciale ;
- en cas d'impérieuse nécessité médicale constatée par le service médical de la caisse d'assurance-maladie.

Prothèses auditives

Les bénéficiaires des prothèses auditives doivent se voir proposer ces dispositifs à des prix n'excédant pas les tarifs de remboursement, quel qu'en soit le modèle (analogique ou non) :

- s'ils sont âgés de moins de 20 ans (et non de 16 ans) ;
- s'ils sont adultes et atteints à la fois d'une cécité et d'un déficit auditif nécessitant un appareillage.

Les autres catégories de patients bénéficient de la prise en charge de prothèses auditives analogiques à contour d'oreille, non programmables, dans la limite d'un prix plafond.

Un forfait alloué sur deux ans, en supplément du tarif de l'Assurance Maladie (199,71 €), permet de bénéficier d'un appareil auditif au prix maximum de 443,63 €. En cas de prescription d'un deuxième appareil pour une personne de plus de 20 ans, la prise en charge de celui-ci s'effectue à 100 % du tarif remboursable (soit 199,71 €). Des fonds de secours peuvent être accordés pour vous aider à financer ce deuxième appareil.

Arrêté Ministériel du 14 août 2002 - JO du 28 septembre

TIERS PAYANT

Les personnes sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité, ainsi que pour les frais pris en charge gratuitement.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance-maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins, bénéficient pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Les personnes dont le droit aux prestations vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie et maternité et, le cas échéant, de la couverture complémentaire.

Article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 - JO du 23 décembre
Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre

Les bénéficiaires de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) sont dispensés de la participation forfaitaire de 1 € pour les consultations et actes de biologie médicale.

Modalités d'application

Pour prétendre au dispositif de dispense d'avance de frais, le bénéficiaire de soins doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance-maladie électronique.

Le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des actes ou prestations effectués est garanti au jour de la délivrance de ces actes ou prestations, et sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés. Le paiement n'est pas garanti si la carte d'assurance-maladie est inscrite sur la liste d'opposition (en cas de perte, vol ou dénonciation).

Article D. 861-2 du Code de la Sécurité sociale

Modalités techniques et financières de mise en œuvre du tiers payant

Dans le cadre de cette procédure, l'organisme servant les prestations du régime de base de l'assurance-maladie qui reçoit les documents, permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement, procède à la liquidation de la part prise en charge par le régime de base et transmet l'image décompte à l'organisme complémentaire concerné.

L'organisme complémentaire liquide la part restant à sa charge et transmet au retour à l'organisme servant les prestations du régime de base le résultat de cette liquidation, dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la date d'envoi de l'image décompte par ledit organisme.

L'organisme complémentaire procède dans le même temps au virement de la somme correspondante sur le compte bancaire désigné par l'organisme servant les prestations du régime de base. S'il a choisi la procédure de prélèvement, il veille à l'alimentation de son compte bancaire pour le montant correspondant.

Dès réception du résultat de la liquidation, l'organisme servant les prestations du régime de base s'assure, pour prendre en charge la couverture financière de la part complémentaire, de l'alimentation par l'organisme complémentaire de son compte bancaire ou de celui de la caisse nationale, ou émet un avis de prélèvement sur le compte bancaire de l'organisme complémentaire. Il effectue ensuite le règlement au professionnel ou à l'établissement de santé pour le montant des 2 parts.

En cas d'absence de réception de la part complémentaire dans le délai de 5 jours ouvrés ou s'il y a impossibilité de rapprocher les 2 parts, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le règlement au professionnel ou à l'établissement de santé pour le montant des 2 parts et se fait rembourser par l'organisme complémentaire.

Article 1^{er} - Arrêté du 28 juin 2000 - JO du 4 juillet

LIMITATION DES TARIFS

Les tarifs des médecins conventionnés, quel que soit leur secteur, ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.

Article L. 162-5-2 du Code de la Sécurité sociale

Tarifs des chirurgiens-dentistes

Les bénéficiaires de la CMUC ouvrent droit à la prise en charge des frais supplémentaires relatifs aux prothèses dentaires et à l'orthopédie dento-faciale, au-delà des tarifs de remboursement Sécurité sociale.

Un arrêté applicable à compter du 1^{er} juin 2006 actualise la liste des différentes prestations ainsi que les montants limites de prise en charge.

Arrêté du 30 mai 2006 - JO du 2 juin

ORGANISME GESTIONNAIRE DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

Les personnes obtiennent le bénéfice des prestations remboursables à leur choix :

- soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État ;
- soit par adhésion à une mutuelle régie par le Code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance, ou d'une entreprise régie par le Code des assurances.

Article L. 861-4 du Code de la Sécurité sociale

INTERLOCUTEUR UNIQUE

Lorsque les organismes servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents, il peut être décidé qu'un seul organisme rembourse l'intégralité des dépenses (régime de base et complémentaire).

Chacun des organismes de base et complémentaire peut également assurer la liquidation de sa part.

Dans ce cas, on conserve un interlocuteur unique. Le paiement est alors effectué par un organisme français sur ordre de paiement émanant de l'organisme servant les prestations du régime de base. L'organisme de base adresse au professionnel ou à l'établissement de santé un relevé des prestations commun.

Article D. 861-3 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 - JO du 23 décembre

DÉPÔT DE LA DEMANDE

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'État.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximum fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions de résidence et de ressources. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Article L. 861-5 du Code de la Sécurité sociale

La prise en charge est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Elle prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative.

Article L. 861-6 du Code de la Sécurité sociale

Les organismes d'assurance maladie devront informer les assurés du choix de l'organisme gestionnaire de leur couverture complémentaire et, à ce titre, leur communiquer la liste des organismes de protection sociale complémentaire ayant déclaré vouloir participer au dispositif.

Les organismes qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé.

En cas de manquement aux obligations portant sur le contenu de la couverture complémentaire ou en cas de refus d'inscription, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'État.

Article L. 861-7 du Code de la Sécurité sociale

Pour les personnes qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative.

Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

Article L. 861-8 du Code de la Sécurité sociale

Pour la détermination du droit et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Pour bénéficier de la protection sociale complémentaire en matière de santé, les personnes concernées adressent à la caisse d'assurance maladie dont elles relèvent un dossier comprenant un formulaire de demande, ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer.

La demande comporte l'indication de l'organisme choisi pour assurer la protection complémentaire.

Si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste sur l'honneur que ses revenus ne dépassent pas le plafond.

Les conjoints et autres personnes rattachées au foyer peuvent, lorsque la situation ayant justifié ce rattachement prend fin, demander à bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire en matière de santé. S'ils ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs relatifs à leurs ressources, ils peuvent produire une déclaration sur l'honneur et les éléments d'appréciation en leur possession sur leurs revenus, en s'engageant à établir dorénavant une déclaration de revenus distincte de celle du foyer fiscal auquel ils étaient antérieurement attachés.

DÉCISION D'ATTRIBUTION

La décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est prise par le préfet du département dans lequel est situé le siège de la caisse d'affiliation du demandeur. Il peut déléguer par arrêté sa compétence aux directeurs des caisses d'assurance maladie du département.

Le préfet ou le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie sa décision à l'intéressé dans un délai de 2 mois à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il délivre à chaque bénéficiaire âgé de 16 ans révolus une attestation du droit à la protection complémentaire mentionnant la période d'ouverture du droit et l'adresse de l'organisme qui en assure le service.

Après que la décision d'attribution de la protection complémentaire a été prise conformément à l'article R. 861-16 du Code de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire a choisi un organisme autre que la CPAM, la caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié transmet sans délai à cet organisme les renseignements relatifs au bénéficiaire et aux personnes à sa charge.

L'organisme adresse au bénéficiaire un formulaire d'adhésion ou un contrat qui précise le contenu et les modalités de la prise en charge consentie au titre de la protection complémentaire en matière de santé, la date à laquelle les droits sont ouverts et à laquelle le contrat ou l'adhésion prend effet, ainsi que les conditions dans lesquelles le contrat ou l'adhésion prend fin. Ce formulaire d'adhésion ou ce contrat ne peut comporter aucune disposition afférente à d'autres garanties.

Article R. 861-17 du Code de la Sécurité sociale

DATE D'EFFET

L'ouverture du droit se fait au premier jour du mois qui suit la date de décision de l'attribution du droit.

En cas d'urgence, lorsque la situation du demandeur l'exigera, l'ouverture du droit pourra être datée au premier jour du mois du dépôt de la demande.

Article 136 de la Loi de finances pour 2003 - JO du 31 décembre 2002

RENOUVELLEMENT

Le renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé est demandée au moins 2 mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée.

Article R. 861-18 du Code de la Sécurité sociale

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est créée sous forme de chèque au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuel".

Article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi de financement de Sécurité sociale n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 - article 50

Les bénéficiaires de l'ACS (aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé) bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve hors parcours de soins.

Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part.

*Article L. 863-7-1 du Code de la Sécurité sociale
Créé par loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 - article 41*

BÉNÉFICIAIRES

Ouvrent droit à un crédit d'impôt les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou d'une institution de prévoyance pour les personnes résidant en France en situation régulière dont les ressources sont comprises entre le plafond CMUC et ce même plafond majoré de 35 % à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 55 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011

MONTANT DE L'AIDE

Le montant de l'aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant leur foyer :

- 100 € pour une personne âgée de moins de 16 ans ;
- 200 € pour une personne âgée de 16 à 49 ans ;
- 350 € pour une personne âgée de 50 à 59 ans ;
- 550 € pour une personne âgée de plus de 60 ans.

L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

Le montant de l'aide est plafonné au montant de la cotisation due.

Article L. 863-2 du Code de la Sécurité sociale

Le contrat établi entre l'organisme complémentaire et l'affilié :

- doit être responsable, c'est-à-dire qu'il ne doit pas, notamment, rembourser les sommes restant à charge en tant qu'assuré (exemple : participation forfaitaire d'un euro pour une consultation médicale) ;

- doit être individuel, sachant que les contrats collectifs à adhésion obligatoire (dans le cadre de votre travail) ne permettent pas de bénéficier du dispositif. L'organisme de complémentaire santé n'est pas obligé d'accepter les bénéficiaires de cette aide. Rien ne l'y oblige. Il faudra peut-être résilier le contrat afin de bénéficier de la déduction auprès d'un autre organisme.

FORMALITÉS

Le dossier est effectué par la caisse d'assurance-maladie du demandeur dans les mêmes conditions que pour la CMU complémentaire, sous réserve de particularités concernant le délai de réponse de la caisse.

En l'absence de règle spécifique, le droit commun s'applique : le silence gardé par la caisse pendant plus de deux mois à compter de la réception du dossier vaut décision implicite de rejet (alors qu'en matière de CMU complémentaire, il est prévu réglementairement que l'absence de réponse dans un délai de deux mois vaut acceptation).

La demande est effectuée pour l'ensemble du foyer même si une attestation de droit est délivrée à chaque bénéficiaire de plus de 16 ans dont le contenu est déterminé par arrêté.

Le droit à déduction est ouvert pendant un an :

- à compter de la date d'effet du contrat souscrit ;
- ou à compter de la date de remise de l'attestation à l'organisme d'assurance complémentaire santé couvrant déjà le bénéficiaire.

La demande de renouvellement du droit à déduction est effectuée au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du contrat souscrit auprès de l'organisme complémentaire. Enfin, le droit peut être suspendu voire interrompu notamment si le bénéficiaire du droit ne remplit plus la condition de résidence de plus de trois mois en France.

Décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004 - JO du 30 décembre

Arrêté du 23 décembre 2004 - JO du 31 décembre

TIERS PAYANT

A compter du 1^{er} janvier 2006, les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé disposent du tiers payant. Les assurés et ayants droit bénéficient d'une dispense d'avance de frais qui permet un versement direct au médecin, par la caisse d'assurance maladie, de la part des honoraires pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le ticket modérateur reste à la charge des intéressés (sauf cas d'exonération). Ne sont concernés par la mesure que les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant.

Le tiers payant est possible à compter de la remise par la caisse de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire. Il est effectif pendant 18 mois.

Une dispense d'avance de frais est également prévue pour tous les assurés qui recourent au médecin régulateur de permanence lors des astreintes de nuit, de dimanche ou de jours fériés (cette mesure vise à dissuader les patients d'aller aux urgences).

Avenant n° 8 du 17 juin 2005 à la convention du 12 janvier 2005

Formalités

Le bénéfice de la déduction est obtenu par une demande auprès de la caisse d'assurance-maladie.

La caisse décline une attestation de droit à déduction, pour chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans.

L'assuré peut faire valoir son droit à déduction dans un délai de 6 mois, sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire.

Le droit à déduction est ouvert pour un an sans pouvoir excéder la durée du contrat.

Lettre circulaire ACOSS n° 2005-071 du 20 avril 2005

Circulaire DSS/2A/2005/90 du 15 février 2005

PROLONGATION DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

L'organisme complémentaire qui a été choisi par le bénéficiaire de la complémentaire santé, doit lui proposer de prolonger sa couverture dans les mêmes conditions, l'année suivant l'expiration de son droit à la couverture maladie universelle.

A l'expiration de son droit aux prestations, toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge par un organisme de prévoyance complémentaire reçoit de cet organisme, la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif maximum pour une adhésion ou un contrat individuel.

Lorsque l'adhésion ou le contrat couvre de 2 à 5 personnes, ce montant est majoré de 50 % par personne au-delà de la première.

Cependant, si parmi les personnes couvertes, 2 au moins sont âgées de plus de 18 ans à la date d'effet de la prolongation, la majoration peut être portée à 90 % pour l'une de ces personnes au-delà de la première.

Si le contrat ou l'adhésion couvre plus de 5 personnes, le tarif ne peut dépasser le montant maximum fixé pour 5 personnes.

Arrêté Ministériel du 27 avril 2001 - JO du 6 mai

Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, maternité ou un accident du travail, elle obtient à sa demande :

- soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste des participants à la couverture maladie universelle ;
- soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie dans le cadre de la CMU, si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie de la CMU.

L'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrats initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Toutefois, ces dispositions ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.

L'organisme n'a pas d'obligation en ce qui concerne l'ensemble des personnes appartenant au foyer de l'intéressé.

La proposition de prolongation doit être faite dans un délai permettant d'éviter toute interruption de droit, l'intéressé disposant d'un délai d'un mois pour examiner la proposition.

Circulaire DSS/2A n° 2001-619 du 17 décembre 2001

TABLEAU RÉCAPITULATIF

	Couverture maladie universelle de base (CMU)
Critère d'assujettissement	<p>Résidence stable</p> <p>Les personnes qui n'ont droit à aucun titre (assuré, ayant droit ou maintien de droit) aux prestations en nature d'un régime d'assurance-maladie et maternité.</p> <p>Pour bénéficier de la CMU, il faut avoir sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-Mer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Son foyer (c'est-à-dire sa résidence permanente) ; ■ Ou son lieu de séjour principal (c'est-à-dire un séjour de plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations) ; ■ Les ayants droit sont soumis à une condition de résidence de 3 mois. <p><i>Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007</i> <i>Articles R. 115-6, R. 115-7 et L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale</i></p> <p>Résidence régulière</p> <p>Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.</p>
Affiliation	<p>Toute personne remplissant les conditions est affiliée obligatoirement, le cas échéant d'office, au régime général par la caisse primaire située dans la circonscription où elle a sa résidence habituelle.</p> <p><i>Article R. 380-2 du Code de la Sécurité sociale</i></p>
Montant des cotisations	<p>Toute personne affiliée dans les conditions susvisées n'est redevable d'une cotisation que si ses ressources sont supérieures à 9 601 € par an. Ce plafond est applicable quel que soit le nombre de personnes composant le foyer du demandeur.</p> <p>La cotisation dont le taux est fixé à 8 % est calculée annuellement pour la période du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante. Elle est assise sur les revenus perçus au cours de l'année civile précédente après déduction de 9 601 €.</p> <p><i>Article D. 380-1 du Code de la Sécurité sociale</i></p>

	Couverture maladie universelle de base (suite)
Déclaration de ressources	<p><i>Obligations déclaratives</i></p> <p>Les caisses primaires d'assurance-maladie adressent, avant le 1^{er} août de chaque année, aux bénéficiaires de la CMU redevables d'une cotisation, une déclaration de ressources qu'ils sont tenus de retourner, dûment remplie, à l'organisme intéressé avant le 15 septembre.</p> <p>Toutefois, pour celles qui effectueront une déclaration de ressources avant cette date, la cotisation sera calculée sur la base ainsi déclarée.</p> <p><i>Article D. 380-5 du Code de la Sécurité sociale</i></p>

	Couverture d'assurance-maladie universelle complémentaire (CMUC)
Critère d'assujettissement	<p>Résidence stable</p> <p>Pour bénéficier de la CMUC, il faut avoir sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-Mer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Son foyer (c'est-à-dire sa résidence permanente) ; ■ Ou son lieu de séjour principal (c'est-à-dire un séjour de plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations) ; ■ Les ayants droit sont soumis à une condition de résidence de 3 mois. <p><i>Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 articles R. 115-6, R. 115-7 et L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale</i></p>
Plafond de ressources	<p>Toute personne remplissant la condition de résidence doit également disposer de ressources annuelles inférieures à un plafond fixé, au 1^{er} juillet 2014, à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personne seule : 8 645 € ■ 2 personnes : 12 967 € ■ 3 personnes : 15 560 € ■ 4 personnes : 18 153 € ■ Par personne supplémentaire : 3 457,80 €
Demande	<p>Première demande</p> <p>Pour bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, le demandeur adresse à la CPAM dont il relève un formulaire de demande ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer.</p> <p>Sauf cas particuliers, la demande de protection complémentaire est en principe effectuée par un demandeur pour l'ensemble de son foyer.</p> <p>La décision d'attribution est prise par le préfet du département du siège de la caisse d'affiliation du demandeur ou sur délégation par le directeur de la CPAM.</p> <p>Cette décision doit être notifiée à l'intéressé dans un délai de 2 mois à compter de la réception par la CPAM du dossier complet de demande.</p> <p>Une fois la décision prise, si le bénéficiaire a rempli le formulaire en choisissant une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance, la CPAM transmet sans délai le dossier à cet organisme.</p> <p><i>Article R. 861-16 du Code de la Sécurité sociale</i></p> <p>Renouvellement de la demande</p> <p>La demande de renouvellement doit être faite au moins 2 mois avant l'expiration de la période d'attribution selon les mêmes modalités que pour une première demande.</p> <p><i>Article D. 861-2 du Code de la Sécurité sociale</i></p>

	Protection sociale complémentaire (suite)
Tiers payant	<p><i>Dispense d'avance des frais</i></p> <p>Le bénéficiaire de la CMUC est dispensé de l'avance des frais pour les dépenses prises en charge par le régime de base et par le régime complémentaire.</p> <p>Pour en bénéficier, il doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance-maladie.</p> <p>Sont précisées les modalités d'application de cette dispense, notamment en cas de différence de prestations entre le régime de base et le régime complémentaire.</p> <p><i>Article D. 861-2 du Code de la Sécurité sociale</i></p>
Dépenses prises en compte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en charge dans la limite du tarif de responsabilité ; ■ Prise en charge du forfait journalier hospitalier. <p>Médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés : le bénéficiaire n'a rien à payer chez le médecin généraliste ou spécialiste.</p> <p>Les médecins à honoraires libres (secteur 2) ou dépassement permanent sont tenus d'appliquer le tarif de convention et de ne pas facturer de dépassements sauf, en cas d'exigence particulière du malade.</p> <p>Si le bénéficiaire de la CMUC consulte un médecin spécialiste hors parcours de soins coordonnés, celui-ci peut lui facturer un dépassement autorisé (DA).</p> <p><i>Optique</i></p> <p>Montant limité à 54,58 € ou 137,20 € pour des équipements complets avec verres progressifs</p> <p>Monture limitée à 22,87 €. L'opticien est tenu de proposer des verres et une monture de lunettes dans cette gamme de prix.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de prise en charge spécifique pour les lentilles. <p><i>Dentisterie</i></p> <p>Remboursement en fonction des besoins, dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire</p>
Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ressources > de 35 % au plus au plafond CMUC)	<p>Aide sous forme de chèque santé sur les contrats responsables et individuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 100 € pour une personne âgée de moins de 25 ans ; ■ 200 € pour une personne âgée de 25 à 49 ans ; ■ 350 € pour une personne âgée de 50 ans à 59 ans. ■ 550 € pour une personne âgée de plus de 60 ans
Prolongation de la CMUC	<p>Maintien de droit d'un an avec des prestations identiques.</p> <p>Tarif plafonné.</p> <p><i>Article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 - JO du 28 juillet 1999</i></p>

Demande de CMU

Le formulaire à remplir pour obtenir la CMU est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/securitesocial/docs/CMU.pdf

Demande de CMUC

Le formulaire à remplir pour obtenir la CMU Complémentaire est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/securitesocial/docs/CMUC.pdf

