



ÉDITION 2016-2017

Accès aux droits à la santé des 16-25 ans

- MEMENTO DU CONSEILLER EN MISSION LOCALE -

Avant-propos

L'accès aux soins constitue un droit fondamental. Pourtant, il est loin d'être une réalité chez les 16-25 ans. Faute de moyens financiers suffisants et davantage préoccupés par une recherche d'emploi ou de logement, nombre de jeunes renoncent à se soigner... Confrontés à un système de protection sociale complexe, ils méconnaissent les dispositifs auxquels ils peuvent prétendre et ne font pas valoir leur situation. Parmi les publics vulnérables, les jeunes en insertion professionnelle sont particulièrement concernés.

S'engageant dans la réduction des inégalités de santé, la Mutualité Française Aquitaine a réalisé en 2011, avec le soutien du Conseil Régional d'Aquitaine et en collaboration avec l'Association Régionale des Missions Locales d'Aquitaine (ARML), une enquête auprès des 23 missions locales de la région. L'objectif était de mieux connaître les besoins et les attentes des professionnels pour leur fournir des outils adaptés. Suite à cet état des lieux, la Mutualité Française Aquitaine a organisé en 2012-2013 des journées de sensibilisation pour les professionnels sur les thématiques de protection sociale, en partenariat avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Ces travaux ont permis de mettre en évidence :

- l'importance des questions de santé dans l'accompagnement effectué en mission locale auprès des jeunes,
- le besoin de conforter les connaissances des conseillers en matière de droits et de dispositifs d'accès aux soins.

Pour répondre aux besoins exprimés par les professionnels en mission locale, la Mutualité Française Aquitaine a également créé ce guide. Il vise à favoriser l'étude de la situation des jeunes en matière de couverture sociale, lors d'un entretien individuel. Cette documentation a pu être élaborée avec les conseils de la CPAM de la Dordogne et de la MSA Dordogne Lot-et-Garonne et a bénéficié de l'appui du Conseil Régional d'Aquitaine et de l'ARML.

Le Conseil Régional d'Aquitaine a réuni un comité de pilotage composé de l'ARS Aquitaine (Agence Régionale de Santé), les CPAM, les Centres d'Examens de Santé des CPAM, l'IREPS Aquitaine (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) et l'ARML.

La Mutualité Française Aquitaine remercie l'ensemble des partenaires ayant contribué à ce projet.

Sommaire

- ▶ **Mode d'emploi et informations pratiques** [page 4](#)

- ▶ **Aide-mémoire** [page 6](#)

- ▶ **Systeme de santé** [page 7](#)
 - Systeme de protection sociale français [page 7](#)
 - Carte Vitale [page 8](#)
 - Parcours de soins coordonnés [page 10](#)
 - Médecins libéraux - secteurs 1, 2 et 3 [page 12](#)

- ▶ **Régime obligatoire** [page 13](#)
 - Organismes et affiliation [page 13](#)
 - La Protection Universelle Maladie (PUMA) [page 14](#)

- ▶ **Régime complémentaire** [page 16](#)
 - Choix d'une complémentaire santé [page 16](#)
 - Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) [page 19](#)
 - Aide à la Complémentaire Santé (ACS) [page 22](#)
 - Bénéficiaire d'une complémentaire santé [page 24](#)
 - Non bénéficiaire d'une complémentaire santé [page 25](#)

- ▶ **Autre dispositif** [page 26](#)
 - Aide Médicale d'État (AME) [page 26](#)

- ▶ **Annexes** [page 28](#)
 - Aide-mémoire : exemplaire à reproduire [page 28](#)
 - Fiche contacts [page 29](#)
 - Formulaires et barèmes [page 30](#)

Mode d'emploi et informations pratiques

Cet outil est destiné aux professionnels des missions locales. Il a pour objectif de faciliter l'étude de la situation des 16-25 ans en matière de couverture sociale lors d'un entretien individuel. Il se compose d'un aide mémoire et de fiches thématiques destinées à faciliter la compréhension du fonctionnement du système de santé et des différents dispositifs d'accès aux soins.



► L'aide-mémoire

L'aide mémoire permet au conseiller de regrouper l'ensemble des informations qui seront utiles à l'examen de la situation de la personne suivie. Son utilisation est facultative. Le document s'organise en deux parties :

- **La partie gauche** recense les principales questions à poser pour orienter chaque jeune dans le parcours à l'accès aux droits. Le conseiller la complète avec l'aide du jeune et la conserve dans son dossier,
- **La partie droite** est à remettre à la personne à la fin de l'entretien. Elle mentionne l'ensemble des documents à fournir et des démarches à entreprendre avant le rendez-vous suivant.

► Les fiches thématiques

Les fiches thématiques sur les régimes obligatoire et complémentaire permettent de mieux comprendre l'organisation et le fonctionnement du système de santé et d'orienter efficacement les 16-25 ans pour favoriser leur accès aux soins.

► Informations pratiques

Mises à jour du classeur

- Les barèmes et les plafonds pour l'accès à la CMU-C et l'ACS sont actualisés tous les 1^{er} juillet et peuvent être consultés sur le site internet www.cmu.fr.
- Les formulaires mis à disposition à la fin du classeur doivent être vérifiés et mis à jour chaque année,
- Les critères d'attribution de la CMU-C et l'ACS sont susceptibles d'être modifiés. Pensez à les vérifier et à les corriger le cas échéant.

Aides à la constitution des dossiers

- Avant de constituer un dossier, il est possible de faire une simulation sur le site internet www.ameli.fr.
- Certains départements demandent un état des comptes bancaires certifié par la banque (comptes courants et comptes d'épargne), lors de la constitution de dossiers pour lesquels les revenus sont un critère d'attribution.

Aides financières possibles

- L'attribution de la CMU-C permet d'obtenir automatiquement des baisses de tarifs de l'électricité et du gaz. Elle peut également donner lieu à des réductions dans les transports,
- En cas de dépenses de santé importantes, une aide ponctuelle peut être demandée auprès du régime obligatoire de sécurité sociale (CPAM, MSA, RSI...). Les aides sont différentes d'un département à l'autre, il est donc nécessaire de se renseigner,
- Si la personne est adhérente à une complémentaire santé (mutuelle, institut de prévoyance ou assurance...), il est également possible de faire une demande d'aide ponctuelle auprès de son fond d'action sociale. Les conditions d'attribution diffèrent selon les organismes complémentaires.

Changements de situation

- Pour tout changement de situation (situation professionnelle, personnelle, déménagement, décès, naissance...), la carte Vitale doit être mise à jour à partir d'une borne prévue à cet effet (pharmacie, CPAM, MSA, RSI...),
- Pour tout changement de régime obligatoire (passage de la CPAM à la MSA ou inversement), la personne doit se rendre dans l'agence la plus proche de son domicile de son nouveau régime obligatoire, avec sa carte Vitale et l'ensemble des papiers attestant de son ancien régime,
- Pour tout renouvellement de dispositif (CMU-C, ACS, AME...), les démarches doivent être effectuées au minimum deux mois avant la fin des droits pour éviter un arrêt brutal des prises en charge.

À retenir :

Si une personne ne peut pas fournir certaines pièces justificatives, nécessaires à la constitution de son dossier de demande de CMU-C ou d'ACS, il faut :

- insister auprès d'elle sur la nécessité de ne pas renoncer,
- lui demander d'adresser l'ensemble des documents qu'elle a en sa possession accompagnés d'une attestation sur l'honneur mentionnant les pièces manquantes ainsi que les raisons de leur absence et s'engager à les fournir ultérieurement.

Cette lettre peut éventuellement être écrite par le référent qui suit la personne.

Système de protection sociale français

Régime obligatoire (RO) de base

= régime d'assurance maladie, appelé couramment "sécurité sociale"
= base de remboursement des dépenses de santé

Droits ouverts par un contrat de travail
à la CPAM, la MSA, le RSI...

Droits ouverts par le régime étudiant (< 28 ans)
(LMDE, Vittavi...)

Droits ouverts par des régimes propres à certains métiers
(SNCF, militaires...)

Droits ouverts par la Couverture Maladie Universelle de Base
(CMU-B), si aucune autre affiliation

Régime complémentaire (RC)

= mutuelles, assurances, instituts de prévoyance
= complément de remboursement des dépenses de santé

Affiliation par adhésion individuelle ou familiale

Affiliation par contrat de groupe par l'entreprise

Affiliation par la Couverture Maladie Universelle
Complémentaire (CMU-C)

Dispositif spécifique pour les personnes étrangères : Aide Médicale d'État (AME) / (RO + RC)

La carte Vitale

La Carte Vitale est une carte à puce qui permet d'être remboursé rapidement (environ 5 jours) et de ne pas avoir à avancer les frais de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale et la complémentaire santé (tiers-payant). Elle ne contient aucune information relative à l'état de santé de la personne mais uniquement les informations utiles pour la prise en charge financière de ses soins.

► Obtenir une carte vitale



A quel âge ?

A partir de 16 ans, la carte Vitale devient obligatoire. Elle permet d'obtenir un numéro personnel d'immatriculation à la Sécurité sociale.

Bon à savoir : Il est désormais possible de demander une carte Vitale dès l'âge de 12 ans (uniquement par internet, via le compte Ameli parental). Dans certains cas, cela peut simplifier la prise en charge des frais de santé, notamment pour les familles recomposées ou lorsque l'enfant se déplace sans ses parents.

La procédure à suivre

Il existe plusieurs moyens d'obtenir la carte Vitale :

- **Par internet :** se connecter directement sur son compte Ameli, rubrique «Mes démarches/Ma carte Vitale/Commander ma carte Vitale» en joignant les documents demandés sous format numérique. La carte Vitale ainsi que l'attestation papier des informations qu'elle contient seront adressées par courrier au domicile du demandeur sous un délai d'environ deux semaines,
- **Par écrit :** adresser la demande auprès de la caisse de rattachement en joignant les documents demandés,
- **Se rendre directement à sa caisse de rattachement** avec les documents nécessaires et compléter l'imprimé «Ma nouvelle carte Vitale».

Les informations et documents indispensables

Le demandeur doit fournir :

- Une adresse postale ainsi qu'une adresse de messagerie électronique,

- Une photo d'identité,
- Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité.

Une fois le dossier de demande complet, la carte et l'attestation seront adressées au domicile du demandeur sous deux semaines environ si la demande a été effectuée par internet, un peu plus, si elle a été effectuée par courrier.

Important : Dès réception de la carte et de l'attestation, il est impératif de vérifier attentivement l'exactitude des informations mentionnées afin de signaler rapidement à la caisse les éventuelles erreurs car elles peuvent occasionner un défaut de remboursement.

Ouverture des droits

L'obtention d'une carte Vitale n'implique pas l'ouverture de droits. Jusqu'à ouverture de ses droits en propre, le jeune doit continuer à utiliser le numéro d'immatriculation de son ouvrant-droit (son parent ou tuteur légal).

L'ouverture de droits en propre s'effectue :

- **sous critère de résidence** pour une personne majeure vivant en France de manière stable et régulière (voir page 14 : La PUMA),
- **lors de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur** (affiliation au régime obligatoire étudiant),
- **au premier emploi dès la première heure travaillée** (apprenti, stagiaire rémunéré, service civil, contrat en alternance, militaire...). Désormais, il n'existe plus de critères de durée de temps de travail minimum si la personne réside en France de manière stable et régulière.

► La carte Vitale en pratique

Les informations mentionnées

- L'identité de l'assuré et celle des ayants-droit de moins de 16 ans,
- Le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale,
- Le régime d'assurance maladie auquel la personne est affiliée,
- La caisse d'assurance maladie à laquelle la personne est rattachée,
- Les éventuels droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C),
- Les éventuels droits à l'exonération du ticket modérateur en cas d'affection de longue durée (ALD), maternité, accident du travail.

Le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale



Ex : 2 89 10 24 322 001 15

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

- ① : sexe de la personne (1 : homme, 2 : femme)
- ② : année de naissance
- ③ : mois de naissance
- ④ : département de naissance
- ⑤ : numéro INSEE de la commune de naissance
- ⑥ : numéro d'enregistrement à l'état civil, dans le mois, sur cette commune
- ⑦ : clef de contrôle

Dans cet exemple, la personne est une femme née en 1989, au mois d'octobre, à Périgueux, dans le département de la Dordogne. Il s'agit du premier enregistrement du mois d'octobre sur cette commune.

Mise à jour de la carte Vitale

En cas de changements :

- Changement de droits : entrée dans la CMU-C et/ou renouvellement, changement entre les différents régimes obligatoires (étudiant, premier emploi...),
- Changement d'état civil ou de situation familiale (mariage, naissance, divorce...) : ajout ou retrait possible d'un ou de plusieurs ayants-droit,
- Déménagement : affiliation à la caisse d'assurance maladie du nouveau département,
- Maternité, affection de longue durée : droit à l'exonération du ticket modérateur.

Il faut informer la caisse d'assurance maladie à chaque changement de situation et ensuite mettre à jour la carte Vitale. Ces démarches peuvent se faire facilement directement par internet sur le site Ameli.fr, depuis un compte personnel.

Chaque année : il est nécessaire pour tous de mettre à jour la carte Vitale à une date choisie. Pour s'en rappeler, il est conseillé de retenir une période fixe ou la date notée sur la carte Vitale.

En cas de vol ou de carte Vitale défectueuse

Il est impératif de signaler au plus vite la perte, le vol ou le dysfonctionnement de sa carte à la caisse d'assurance maladie. Son remplacement est gratuit.

Le compte Améli

Le compte Améli est un compte personnel qui permet d'accéder à tous les services de L'Assurance Maladie depuis un ordinateur, une tablette ou un téléphone mobile. Il permet de consulter ses remboursements, télécharger des attestations, obtenir une carte européenne, contacter un conseiller par messagerie ou prendre rendez-vous.

Pour créer un compte :

Sur le site Ameli.fr, cliquer sur «Services en ligne pour les assurés», puis «Mon compte Améli», «Créer un compte». L'assuré reçoit alors un mot de passe provisoire par messagerie qu'il peut ensuite modifier. Par ailleurs, en téléchargeant l'application Améli sur un portable ou une tablette permet de consulter ses remboursements très facilement.

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste à choisir, déclarer et consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant.



► Public concerné et formalités

Pour être bien remboursé, la déclaration d'un médecin traitant est obligatoire **à partir de 16 ans**.

Jusqu'à 18 ans, la déclaration doit, toutefois, être signée par le titulaire de l'autorité parentale.

Choix du médecin traitant

Le plus souvent, c'est le médecin généraliste qui est déclaré comme médecin traitant. Néanmoins, en cas de pathologie lourde avec un suivi régulier, il est également possible de choisir un spécialiste.

Déclaration du médecin traitant

Pour déclarer le médecin traitant choisi, deux possibilités :

- lors d'une consultation, le médecin effectue la démarche en ligne (télédéclaration),
- remplir et signer le formulaire de déclaration avec le médecin, lors de la première consultation. Il est conseillé d'imprimer ce formulaire avant le rendez-vous pour le présenter au médecin. Une fois

complété, ce document doit être envoyé à l'organisme d'assurance maladie (CPAM, MSA, RSI...).

Bon à savoir : En cas de déménagement ou si, quelle qu'en soit la raison, on souhaite changer de médecin traitant, il suffit d'en faire la demande auprès du nouveau médecin, à l'occasion d'une consultation.

Rôle du médecin traitant

Pour un suivi médical optimal, le médecin traitant joue un rôle central :

- Il coordonne les soins
- Il oriente dans le parcours de soins coordonnés vers les spécialistes
- Il connaît et gère le dossier médical de ses patients
- Il assure un accompagnement personnalisé en termes de prévention.

► Remboursements des frais de santé

Le montant remboursé varie selon que l'on a ou pas déclaré un médecin traitant et selon que l'on respecte ou non le parcours de soins coordonné.

Avec un médecin traitant

Le remboursement se fait selon le tarif en vigueur, à l'exception de la franchise qui est à charge du patient * (1€ par consultation),

En l'absence de médecin traitant ou en cas de non respect du parcours de soins coordonnés

Ex : consultation d'un autre médecin généraliste à l'initiative du patient ou consultation d'un spécialiste sans ou contre l'avis du médecin traitant.

Le remboursement des consultations sera fortement diminué et des dépassements d'honoraires pourront même être demandés.

Situations particulières dans le parcours de soins coordonnés

- Consultation d'un remplaçant du médecin traitant : si le médecin traitant est indisponible, son remplaçant utilisera les feuilles de soins de ce dernier et le remboursement se fera normalement,
- Consultation lors d'un déplacement : si le patient est loin de chez lui, il peut consulter un autre médecin. Ce dernier cochera "hors résidence" sur la feuille de soins. Le remboursement se fera normalement,
- Consultation en urgence : le médecin cochera la case "urgence" sur la feuille de soins,
- Consultation d'un médecin à la demande du médecin traitant : si le médecin traitant oriente vers un confrère

généraliste ou spécialiste, celui-ci devra noter sur la feuille de soins les coordonnées et le nom du médecin traitant pour un remboursement normal sur le tarif en vigueur,

- Consultation de certains spécialistes : les gynécologues, ophtalmologues, psychiatres (si le patient a entre 16 et 25 ans) ou stomatologues peuvent être consultés sans courrier du médecin traitant. Le médecin spécialiste cochera la case "accès direct spécifique" sur la feuille de soins pour un remboursement normal.

Exceptions sans conséquences financières au parcours de soins coordonnés

Il existe des exceptions au parcours de soins coordonnés, pour les actes et soins suivants :

- Les actes de dépistages organisés,
- Les soins lors d'une hospitalisation,
- Les soins lors d'une urgence,
- Les soins à l'étranger,
- L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse.

Dans toutes ces situations, le patient n'est pas pénalisé financièrement, qu'il ait déclaré ou pas un médecin traitant.

* Sauf exceptions : La franchise n'est pas due pour les moins de 18 ans, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaires ou d'une Aide à la Complémentaire Santé, femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesses...

Exemple de remboursements

consultation d'un généraliste
(en secteur 1, tarif = 23€)

Avec un médecin traitant

Remboursement du régime obligatoire (à 70%) = 16,10€
Participation forfaitaire à la charge de l'assuré = 1€

Si l'assuré a souscrit un contrat de garantie :

Remboursement du régime complémentaire* = 6,90€

Soit un reste à charge de 7,90€

Sans un médecin traitant

Remboursement du régime obligatoire (à 60%) = 13,80€
Participation forfaitaire à la charge de l'assuré = 1€

Si l'assuré a souscrit un contrat de garantie et si la complémentaire santé qui prend en charge les dépassements d'honoraires :

Remboursement du régime complémentaire* = 9,20€

Soit un reste à charge de 10,20€

Médecins libéraux - secteurs 1, 2 et 3

Les médecins libéraux ont le choix d'exercer dans le cadre d'une convention signée avec les organismes d'assurance maladie et d'opter soit pour le secteur 1, soit pour le secteur 2. Ils peuvent également exercer hors convention en optant pour le secteur 3. Le montant de leurs honoraires varie alors en fonction de leur spécialité et de leur secteur d'appartenance.

► Médecins conventionnés

Secteur 1

Les médecins conventionnés de secteur 1 appliquent le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie qui sert également de base de remboursement : **ils ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires (sauf cas exceptionnels)**. La complémentaire santé peut compléter le remboursement de la Sécurité sociale en fonction de la garantie souscrite.

Exemple de remboursement en secteur 1

Prix de la consultation d'un médecin généraliste en secteur 1 = 23 € (chiffres de 2014)

- Remboursement du régime obligatoire = 16,10€
- Forfait à la charge de l'assuré = 1€
- Reste à charge pour l'assuré = 6,90€
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 6,90€

Secteur 2

Les médecins conventionnés en secteur 2 sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires avec «tact et mesure». Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Toutefois, parmi les médecins de secteur 2, certains se sont engagés à modérer leurs dépassements d'honoraires en signant un «Contrat d'Accès aux Soins». L'Assurance Maladie rembourse alors sur une base plus élevée que celle du secteur 1, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires. Dans les deux cas, les frais restants à la charge du patient peuvent être pris en charge par la complémentaire, à hauteur des garanties souscrites.

Exemple de remboursement en secteur 2 (hors contrat d'accès aux soins)

- Remboursement du régime obligatoire = 16,10€
- Forfait à la charge de l'assuré = 1€
- Reste à charge pour l'assuré = 33,90€
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 33,90€

► Médecins non-conventionnés

Secteur 3

Les médecins de secteur 3 n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale. **Ils fixent librement leurs tarifs**. Ces médecins représentent environ 500 professionnels de santé en France. N'étant pas conventionné, une consultation chez un médecin de secteur 3 sera prise en charge à hauteur d'1€ par la caisse d'assurance maladie. Le remboursement du reste à charge par la complémentaire santé n'est pas garanti.

Exemple de remboursement en secteur 3

Prix moyen de la consultation d'un médecin généraliste en secteur 3 = 75 € (chiffres de 2014)

- Remboursement du régime obligatoire = 1€
- Forfait à la charge de l'assuré = 1€
- Reste à charge pour l'assuré = 73€
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 73€

Avant de consulter...

- Aller sur le site en ligne développé par l'Assurance Maladie «je choisis avant de consulter» afin de trouver un professionnel de santé, se renseigner sur les tarifs et actes pratiqués ainsi que sur le montant remboursé par la Sécurité sociale,
- Appeler le médecin pour lui demander ses tarifs,
- Vérifier auprès de la complémentaire santé qu'elle rembourse les dépassements d'honoraires et jusqu'à quel montant,
- Demander à la complémentaire santé si elle a contractualisé avec des professionnels de santé et propose de meilleurs remboursements quand on s'adresse à eux,,
- Vérifier, dans la salle d'attente, les tarifs des médecins. Ils doivent être affichés.

Organismes et affiliation

L'assurance maladie obligatoire est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole, le régime social des indépendants. Il existe aussi d'autres régimes spéciaux, ayant souvent des origines historiques anciennes (SNCF, les mines, EDF, Banque de France...).

Organismes	Publics	Conditions d'affiliation
<p>CNAMITS – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</p> <p>Le régime général des travailleurs gère la couverture sociale de la plupart des salariés et couvre environ 85% de la population française.</p> <p>Pour plus d'informations : www.ameli.fr</p>	<p>Salariés (CDD, CDI) Intérimaires Emplois à caractère saisonnier</p>	<p>La personne est rattachée à la CPAM du lieu de résidence, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. L'affiliation se fait par l'employeur au moment de l'embauche.</p> <p>Pour bénéficier des prestations de base de l'assurance maladie, elle doit justifier du critère de résidence en France de manière stable et régulière au moins trois dans l'année. Désormais, le statut d'ayant droit est réservé uniquement pour les enfants (on ne peut plus être ayant droit de son conjoint avec la mise en place de la PUMIA).</p>
<p>CCMSA – Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole</p> <p>La Mutualité Sociale Agricole est l'organisme de protection sociale du monde agricole.</p> <p>Pour plus d'informations : www.msa.fr</p>	<p>Salariés agricoles Exploitants agricoles Emplois à caractère saisonnier</p>	<p>La personne est rattachée à la MSA du lieu de résidence. L'affiliation se fait après une inscription au centre de Formalités des Entreprises, par l'employeur au moment de l'embauche. La signature du dossier d'affiliation par la personne marquera son entrée au régime agricole.</p> <p>Pour bénéficier des prestations de base de l'assurance maladie, elle doit justifier avoir travaillé au moins 60h sur un mois, ou au moins 120h sur un trimestre, ou 400h dans l'année civile. Les droits sont ouverts pour 24 mois. Il est possible d'être l'ayant-droit des parents, du conjoint cotisant ou encore du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)...</p>
<p>RSI – Régime Social des Indépendants</p> <p>Le Régime Social des Indépendants est le 3^{ème} grand régime obligatoire d'assurance maladie. Il couvre la plupart des professionnels non concernés par le régime général ou agricole.</p> <p>Pour plus d'informations : www.rsi.fr</p>	<p>Travailleurs indépendants Artisans, commerçants Professionnels libéraux</p>	<p>L'affiliation se fait après une inscription au Centre de Formalités des Entreprises. La caisse RSI procède automatiquement au rattachement de la personne en fonction du lieu de résidence et prend contact avec elle.</p> <p>L'inscription prend effet à partir de la date du début de l'activité professionnelle. Il est possible d'être l'ayant-droit des parents, du conjoint cotisant ou encore du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)...</p>

La Protection Universelle Maladie (PUMA)

La Protection Universelle Maladie est entrée en application le 1er janvier 2016. Elle 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, quels que soient les changements de situation qui peuvent survenir (perte d'emploi, changement de domicile, séparation...). Son entrée en application entraîne, de fait, la suppression de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU-B) conçue initialement pour accorder une couverture santé complémentaire aux personnes sans titre.

► Conditions d'affiliation à la PUMA

Sur critère d'activité professionnelle

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les personnes n'ont plus à justifier d'une activité minimale : seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

En l'absence d'activité professionnelle, elles peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé à la double condition de résider en France de manière stable et régulière.

Sur critère de résidence

Pour être rattaché sur critère de résidence, il faut résider en France de manière stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.

Il existe toutefois des exceptions qui évitent d'avoir à justifier d'une résidence stable depuis plus de 3 mois en France :

- Être inscrit(e) dans un établissement d'enseignement ou stagiaire en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique,
- Être bénéficiaire de l'une des prestations suivantes : prestations familiales, prestations d'aide sociale (revenu de solidarité active, etc.), allocation de logement ou aide personnalisée au logement (APL), allocations aux personnes âgées (allocation de solidarité aux personnes âgées, etc.),
- Être reconnu(e) réfugié(e) ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être demandeur d'asile,
- Être volontaire international à l'étranger de retour en France,
- Rejoindre, au titre du regroupement familial, son conjoint ou partenaire PACS, assuré social,
- Être domicilié auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée, afin d'obtenir une attestation de domiciliation administrative si l'on est sans domicile fixe ou que l'on vit dans un habitat mobile ou précaire.

Bon à savoir : le critère de résidence ne peut être pris en compte pour les personnes de nationalité étrangère hors

Espace Economique Européen et Suisse qui sont en situation irrégulière. Elles ne peuvent donc pas prétendre à la PUMA mais peuvent, par contre, peut-être bénéficier de l'aide médicale d'État (AME).

► Dossier de demande

Pour pouvoir bénéficier de la PUMA, il faut :

- Remplir un dossier de «Demande d'ouverture des droits à l'Assurance Maladie» ([Cerfa n°736](#) disponible en téléchargement sur le site www.ameli.fr),
- Joindre les pièces justificatives demandées,
- Retourner l'ensemble du dossier par internet depuis un compte personnel sur Ameli ou, par courrier, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de son lieu de résidence.

► Attribution de la PUMA

Le dossier complet est étudié par un conseiller qui vérifie l'éligibilité du demandeur.

En cas d'éligibilité, l'affiliation (incluant les éventuels enfants mineurs) prend effet à la date de la demande. Une attestation est adressée à l'assuré accompagnée de sa carte Vitale. Si le demandeur dispose déjà d'une carte Vitale, il lui faudra la mettre à jour.

Si le dossier est incomplet, il faut adresser les pièces manquantes pour qu'il puisse faire l'objet d'un nouvel examen. Enfin, en cas d'inéligibilité, il est conseillé de demander un rendez-vous avec un conseiller pour rechercher d'autres solutions.

► **Renouvellement des droits**

Il n'est plus nécessaire d'entreprendre de démarches pour renouveler le maintien des droits à la PUMA. Par contre, une remise à jour de la carte Vitale est nécessaire chaque année ou lors d'un changement de situation.

Pour les mineurs de 16 à 18 ans

Ils conservent leur statut d'ayant droit si :

- Ils sont à la charge d'un assuré (parent, grand-parent),
- Ils n'exercent pas d'activité professionnelle,
- Ils n'ont pas demandé d'affiliation à titre personnel.

Choix d'une complémentaire santé

Le régime obligatoire de Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie des dépenses de soins. L'autre partie, appelée "ticket modérateur", est financée directement par le patient et/ou par la complémentaire en santé. Si la personne cotise à une complémentaire santé, celle-ci agit en complément de la Sécurité sociale obligatoire. Elle a pour rôle de couvrir tout ou une partie des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale.



► Les organismes de complémentaire santé

On peut souscrire une complémentaire santé auprès de plusieurs types d'organismes.

Les mutuelles

Régies par le code de la Mutualité, les mutuelles sont des organismes à but non lucratif. Elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et doivent réinvestir leurs éventuels excédents au service de la santé de leurs adhérents.

Les instituts de prévoyance

Régis par le code de la Sécurité Sociale, également à but non lucratif, les instituts de prévoyance sont des sociétés de personnes et non de capitaux. Ils sont spécialisés dans les contrats qui vont au-delà de la couverture santé à court terme.

Les sociétés d'assurances

Régies par le code des assurances, les sociétés d'assurances sont des sociétés de capitaux à but lucratif avec des actionnaires à rémunérer. Les prix des garanties santé peuvent varier en fonction des antécédents et des frais médicaux engagés par l'assuré.

► Pourquoi prendre une complémentaire santé ?

- Une simple consultation chez un généraliste n'est remboursée par la Sécurité sociale qu'à hauteur de 16,10€ sur les 23€ dépensés (chiffres 2014),
- Une hospitalisation peut engendrer des frais vraiment très importants, de même que certaines consultations spécialisées, actes médicaux, équipements pour la vue, prothèses dentaires....

► Contrat individuel, contrat famille et contrat collectif : quelles différences ?

Une complémentaire santé s'adresse à tous : salariés du privé, fonctionnaires, professions indépendantes, professions agricoles, jeunes et moins jeunes, étudiants, chômeurs, retraités, vivant seul, avec des enfants... .

Le contrat collectif

Depuis 2016, toutes les entreprises du secteur privé ont obligation de proposer un contrat collectif à leurs salariés. L'employeur souscrit une complémentaire santé et négocie

les garanties pour l'ensemble des salariés. On parle alors de contrat collectif. Ce contrat peut couvrir le salarié seul ou, également, l'ensemble des membres de sa famille.

Le contrat individuel

La complémentaire santé peut être souscrite à titre individuel. Cela signifie que la personne s'adresse à un organisme de complémentaire santé qui lui propose, selon sa situation, des contrats avec des garanties adaptées pour prendre en charge tout ou une partie des dépenses non remboursées par la sécurité sociale.

Le contrat famille

Lorsqu'une personne souscrit un contrat qui lui permet de couvrir l'ensemble de sa famille, on parle alors de contrat famille.

► Choisir une complémentaire santé

Il est indispensable de prendre le temps d'étudier attentivement les garanties proposées pour éviter toute mauvaise surprise :

- **Examiner les garanties Optique** (lentilles et lunettes)-Dentaire-Hospitalisation : ces soins sont les moins bien remboursés par le régime obligatoire, avec un reste à charge élevé pour le patient,
- **Analyser les besoins de la famille**, ses habitudes médicales et son budget... Il est inutile de prendre des options superflues,
- **Comparer les prestations** : les prix varient d'une complémentaire santé à l'autre pour les mêmes prestations. Il est recommandé de demander des devis.
- **Se renseigner auprès d'un conseiller** ou d'un membre de son entourage,
- **Donner la priorité aux remboursements clairement indiqués.** Tarif en %, en €, forfait... Ne pas hésiter à demander des explications claires en fonction des besoins en santé (ex : si port de lunettes, se renseigner sur le reste à charge),
- **Regarder s'il est proposé une prise en charge de certaines dépenses non remboursées par la Sécurité sociale** comme, par exemple, certains vaccins ou solutions de sevrage tabagique,
- **Faire évoluer le contrat en fonction des besoins.**

Important : Attention aux comparateurs de prix sur Internet qui communiquent essentiellement sur des tarifs et non pas sur le contenu des garanties. Se déplacer dans une agence permet de bénéficier des conseils et des explications d'un conseiller.

A propos des mutuelles de communes

Depuis 2013, pour répondre aux besoins de leurs administrés, les municipalités s'impliquent dans la recherche de solutions, type « mutuelle communale » et jouent un rôle d'initiateur et de médiateur dans la mise en place d'une complémentaire santé.

Bien que la Mutualité Française soit favorable à tout dispositif visant à améliorer l'accès à une complémentaire santé, elle conseille la vigilance car, pour maintenir l'équilibre des contrats, les assurés ont dû, parfois, faire face à des fortes hausses de tarifs.

► Comprendre les garanties des contrats

Dans un même contrat, le montant du remboursement accordé par la complémentaire santé peut s'exprimer de différentes manières, en fonction de la nature de la prestation ou de l'acte à rembourser. Les montants peuvent, également, être plafonnés par an et par acte, limités en nombre et dans le temps. Il est donc important de bien lire les conditions ou d'appeler un conseiller pour être certain d'y voir clair.

Dans tous les cas, les prestations versées ne peuvent jamais être supérieures aux dépenses réelles.

Les garanties sont le plus souvent exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou en euros.

Pourcentage de la base de remboursement (BRSS)

La base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est un tarif fixé par la Sécurité sociale pour déterminer le montant du remboursement de chaque acte référencé dans la liste des actes et prestations de l'Assurance Maladie (LAP). Quelles que soient les dépenses engagées, la Sécurité sociale et la complémentaire santé remboursent les frais de santé sur la base de ce tarif. Le montant remboursé par la Sécurité sociale se calcule d'après un pourcentage appliqué à la BRSS.

Attention : Une garantie exprimée en pourcentage de la BRSS peut inclure ou exclure le remboursement de la Sécurité sociale. La mention « sous déduction » ou « en complément » est alors indiquée sur le tableau des garanties.

- **« Sous déduction »** signifie que le montant de la garantie inclut le montant du remboursement de la Sécurité sociale (Cas n°1).
- **« En complément »** signifie que le montant de la garantie s'ajoute au montant du remboursement de la Sécurité sociale (Cas n°2).

Forfait en euros, par acte ou par an

Pour certaines prestations (soins dentaires et optiques), les garanties indiquent un montant forfaitaire, c'est-à-dire le montant plafond de remboursement accordé, par acte ou par an (Cas n°3). Si la dépense de santé est inférieure au montant forfaitaire, le remboursement sera intégral et la partie restante du forfait pourra être utilisée ultérieurement.

Autres possibilités

Les remboursements peuvent également être exprimés en :

- **Pourcentage du remboursement de la Sécurité sociale (RSS) :** La garantie pratiquée se calcule sur la base du tarif remboursé par la Sécurité sociale (Cas n°4).
Par exemple, si la Sécurité sociale rembourse 16,80€ sur la consultation d'un spécialiste, une garantie à 300% du RSS prend en charge $300\% \times 16,80\text{€}$ soit 50,40€.
- **Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) :** la complémentaire santé rembourse les frais de santé selon un pourcentage du PMSS, qui varie pour chaque soin (Cas n°5).
Par exemple, une garantie à 2% du PMSS prend en charge $2\% \times 3129\text{€}$ soit 62,60€. Le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est fixé annuellement (3129€ en 2014).
- **Frais réels :** la complémentaire santé rembourse l'intégralité du reste à charge, quel que soit le montant (Cas n°6).

Bon à savoir :

Certains actes demandent des accords de prises en charge préalables. Sans accord, les frais ne seront pas remboursés. Lorsque la garantie couvre certaines dépenses dites "de confort" (ostéopathie, contraceptif, sevrage tabagique...), il faut demander des factures pour les envoyer à la complémentaire santé afin d'être remboursé selon les conditions prévues dans le contrat.

Exemples de remboursements pour la consultation d'un spécialiste à 80€ en fonction des garanties souscrites

	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4	Cas n°5	Cas n°6
Remboursement prévu dans le contrat	300% BRSS, sous déduction	300% BRSS, en complément	Forfait à 40€ par acte	300% RSS	2% PMSS	Frais réels
Dépense	80€	80€	80€	80€	80€	80€
BRSS	24€	24€	24€	24€	24€	24€
RSS = 70% BRSS	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€
Remboursement Complémentaire Santé (CS)	Garantie - RSS = 300% BRSS - 70% BRSS = 230% BRSS = 55,20€	300% BRSS = 300% x 24 = 72€	40€	300% RSS = 300% x 16,8 = 50,40€	2% PMSS = 2% x 3129 = 62,60€	Dépense - RSS 80 - 16,8 = 63,20€
Remboursement total	RSS + CS = 16,8 + 55,2 = 72€	RSS + CS > dépense donc 80€	RSS + CS = 16,8 + 40 = 56,80€	RSS + CS = 16,8 + 50,4 = 67,20€	RSS + CS = 16,8 + 62,6 = 79,40€	RSS + CS = 16,8 + 63,2 = 80€
Reste à charge	Dépense - RT = 80 - 72 = 8€	Dépense - RT = 80 - 80 = 0€	Dépense - RT = 80 - 56,8 = 23,20€	Dépense - RT = 80 - 67,2 = 12,80€	Dépense - RT = 80 - 79,4 = 0,60€	Dépense - RT = 80 - 80 = 0€

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) permet aux personnes couvertes par l'Assurance maladie et disposant de faibles ressources, de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite. Aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé aux bénéficiaires de la CMU-C qui sont également dispensés de l'avance de frais. En effet, les dépenses de santé sont directement réglées par l'Assurance Maladie et l'organisme qui gère la CMU-C.



► Public concerné

Conditions de statut

- Résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois,
- Être âgé de 25 ans et plus.

Sont aussi concernés :

- Les jeunes de 16 ans et plus ayant rompu tout lien familial,
- Les 18-25 ans ne vivant plus au domicile des parents, ayant une autonomie fiscale et financière ou attestant par écrit sur l'honneur d'y accéder l'année suivante par une déclaration fiscale individuelle.

Conditions de ressources

Il existe un plafond des ressources qui varie selon la composition familiale et le lieu de résidence, redéfini chaque année au 1^{er} juillet (cf. www.cmu.fr). Il faut comptabiliser les revenus imposables et non imposables en France et à l'étranger des 12 derniers mois, y compris ceux du conjoint

et des personnes à charge de moins de 25 ans.

Cette condition de ressources n'est pas applicable aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et aux membres de leur foyer.

Important : toute personne bénéficiaire d'une aide au logement, hébergée gratuitement ou propriétaire d'un logement, doit ajouter un montant forfaitaire au total de ses ressources.

Bon à savoir : Il est possible de faire une simulation de droits sur le site www.ameli.fr.

► Principe de la CMU-C

La CMU-C fonctionne comme une complémentaire santé : elle procède au remboursement de la partie complémentaire (exemple des 30% restant, lors d'une consultation chez un généraliste, après le remboursement de la partie

régime obligatoire) et offre de nombreux avantages santé.

Les personnes couvertes par la CMU-C doivent respecter le parcours de soins coordonnés comme tout assuré social et déclarer un médecin traitant auprès de l'organisme d'assurance maladie.

À retenir : Pour accéder aux services et avantages proposés dans le cadre de la CMU-C, il faut obligatoirement avoir sa carte Vitale et fournir une attestation à jour.

► Prestations liées à la CMU-C

- Elle permet une couverture «gratuite» : il n'y a pas de cotisation à régler durant une année,
- Elle prend en charge un panier de soins sur la base du remboursement de la Sécurité sociale. Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la Sécurité sociale,
- Elle interdit aux professionnels de pratiquer des dépassements d'honoraires (tarifs opposables),
- Elle rembourse l'intégralité du ticket modérateur (reste à charge) et du forfait hospitalier sans limitation de durée (18€ minimum par jour d'hospitalisation).
- Elle propose également un forfait en optique, dentaire et audition,
- Elle dispense d'avance de frais chez les professionnels (tiers-payant social) : les 23€ demandés par un généraliste à la fin d'une consultation ne seront pas à régler,
- Elle exonère des franchises (ex : 1€ pour la consultation d'un généraliste) et des participations forfaitaires.

► Dossier de demande

Il faut remplir **le formulaire S3711** téléchargeable sur internet sur le site www.cmu.fr. Ce document peut également être retiré à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence ou à la Caisse d'Allocations Familiales pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité.

Pièces justificatives à fournir

- Pièce d'identité en cours de validité : carte d'identité, passeport,
- Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois : quittances de loyer, bail, factures...,
- Justificatif du revenu fiscal des 12 derniers mois : bulletins de paie...

- Justificatifs des personnes à charge (si besoin),
- Carte vitale et attestation d'assurance maladie,
- Formulaire de choix de l'organisme de gestion (liste des organismes consultable sur www.cmu.fr),
- Un état bancaire (non systématique).

Décision de la caisse d'assurance maladie

La caisse d'assurance maladie signifie par courrier sa décision après vérification des critères d'attribution.

- Si la réponse est positive : l'ensemble des personnes mentionnées sur le dossier sont couvertes par la CMU-C. Il faut procéder à la mise à jour de l'ensemble des cartes Vitales du foyer et remettre à chacun un exemplaire de l'attestation de droits CMU-C. Cette attestation est, notamment, nécessaire chez les professionnels de santé pour éviter de faire l'avance des frais.
- Si la réponse est négative, une nouvelle demande pourra être effectuée en cas de diminution de revenus ou de changement de situation familiale.

Délais d'obtention et durée de validité des droits

Le délai d'obtention est de deux mois maximum et prend effet à compter du 1^{er} du mois suivant la décision de l'organisme (sauf urgence). Les droits sont ouverts pour un an.

Titulaires du Régime de Solidarité Active (RSA) : simplification des démarches

Il suffit d'indiquer le numéro d'allocataire CAF dans le dossier de demande et de compléter la dernière partie du formulaire concernant le choix d'une complémentaire.

► Choix de l'organisme gestionnaire

La CMU-C peut être gérée soit par la CPAM, la MSA... soit par un organisme de complémentaire (mutuelle, institut de prévoyance ou assurance) inscrit sur une liste nationale disponible sur www.cmu.fr.

Attention : Dans le dossier de demande, il faut veiller à bien cocher l'option choisie pour désigner l'organisme de gestion de la CMU-C :

Option A : assurance maladie

Option B : complémentaire

Si la personne avait auparavant une complémentaire santé proposée par un organisme référencé dans la liste nationale, elle peut la conserver en étant sous le régime de la CMU-C. Elle n'aura plus à régler la cotisation si le dossier est accepté.

► **Renouvellement**

Si les revenus ne dépassent toujours pas le plafond, les droits à la CMU-C peuvent être conservés pour le bénéficiaire et ses ayants-droit. Il faut à nouveau remplir un dossier de demande de CMU-C. Il faudra joindre un justificatif de résidence en France de façon permanente pendant plus de 6 mois durant les 12 derniers mois ainsi que le document remis par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire.

Attention : Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé deux mois avant la date de fin de la protection complémentaire pour ne pas perdre les droits.

En cas de refus

Si le renouvellement a été refusé, la personne a droit au maintien pendant un an de la dispense de frais sur la part obligatoire.

De plus, si la CMU-C était gérée par un organisme complémentaire, la personne a droit à un contrat de complémentaire santé avec un tarif avantageux durant un an : il s'agit du contrat de sortie CMU-C.

Des réductions pour les bénéficiaires de la CMU-C

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent obtenir des réductions sur leurs factures de gaz et d'électricité ainsi que sur leur carte de transport.

Pour le gaz et l'électricité, il n'y a pas de démarche à effectuer : la caisse d'assurance maladie transmet les coordonnées du bénéficiaire aux fournisseurs d'énergie.

Pour le transport, le bénéficiaire doit contacter son agence.

Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) est une aide financière pour l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide est délivrée par le régime obligatoire (régime général, agricole ou des indépendants) et est soumise à conditions de ressources.



► Public concerné

Condition de statut

Il faut résider en France de manière stable et ininterrompue depuis plus de trois mois, en situation régulière. L'ACS concerne l'ensemble du foyer.

Conditions de ressources

Les revenus des 12 derniers mois doivent être compris entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond, augmenté de 35%.

Bon à savoir : L'ensemble des revenus du foyer sont pris en compte dans l'étude du dossier. Toutefois, un jeune majeur qui ne vit plus chez ses parents, qui ne perçoit pas de pension alimentaire, qui fait une déclaration fiscale séparée ou atteste par écrit sur l'honneur en faire une l'année suivante, peut faire une demande d'ACS à titre individuel.

► La forme d'un chèque

L'ACS n'est pas une complémentaire santé, ni une deuxième CMU-C. C'est un chèque à valoir sur l'adhésion à une couverture complémentaire santé. Dès réception, il doit être utilisé dans les 6 mois et vient en déduction du montant total annuel de la cotisation dû à l'organisme de complémentaire santé.

Chaque membre du foyer âgé de plus de 16 ans reçoit un chèque à son nom (cf. barèmes en annexes).

Exemple : une personne âgée de 18 ans recevra un chèque d'un montant de 200€ à déduire de sa cotisation annuelle.

L'obtention de l'ACS permet également de recevoir une attestation de tiers payant social valable 18 mois. Sur présentation, elle permet d'éviter l'avance des frais sur la partie du régime obligatoire chez les professionnels de santé.

Important :

- L'ACS ne peut pas être utilisée dans le cadre d'un

- contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur,
- L'ACS doit obligatoirement être utilisée pour une garantie dite "responsable et solidaire", caractéristique qui est indiquée au bénéficiaire par l'organisme de complémentaire santé. Ce dispositif encourage le respect du parcours de soins coordonnés, la déclaration d'un médecin traitant, le non remboursement des participations forfaitaires (par exemple, 1€ pour les consultations chez un généraliste),
- L'ACS permet d'obtenir des réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

► Dossier de demande

Le formulaire de demande, (S3711) peut être téléchargé sur www.cmu.fr ou retiré auprès de l'organisme du lieu de résidence qui gère le régime obligatoire ou le même que pour la CMU-C.

Les justificatifs à produire sont les mêmes que pour une demande de CMU-C :

- Pièce d'identité en cours de validité : carte d'identité, passeport,
- Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois : quittances de loyer, bail, factures...,
- Justificatif du revenu fiscal des 12 derniers mois : déclaration fiscale, autres documents...,
- Justificatifs des personnes à charge (si besoin),
- Carte vitale et attestation de la Sécurité sociale,
- Un état bancaire (non systématique).

Délai d'obtention et durée de validité des droits

Il faut compter deux mois entre la date de réception du dossier et celle de la réponse adressée par courrier.

L'aide est attribuée pour un an, à compter de :

- la date de remise du chèque à l'organisme complémentaire, pour un contrat en cours (si la personne a déjà une mutuelle),
- la date de début de contrat (si la personne souscrit un nouveau contrat).

► Renouvellement

La demande de renouvellement doit être effectuée deux mois avant l'échéance de la fin de contrat pour assurer un maintien des garanties, en renvoyant un dossier auprès de l'organisme de régime obligatoire.

► Frais pris en charge

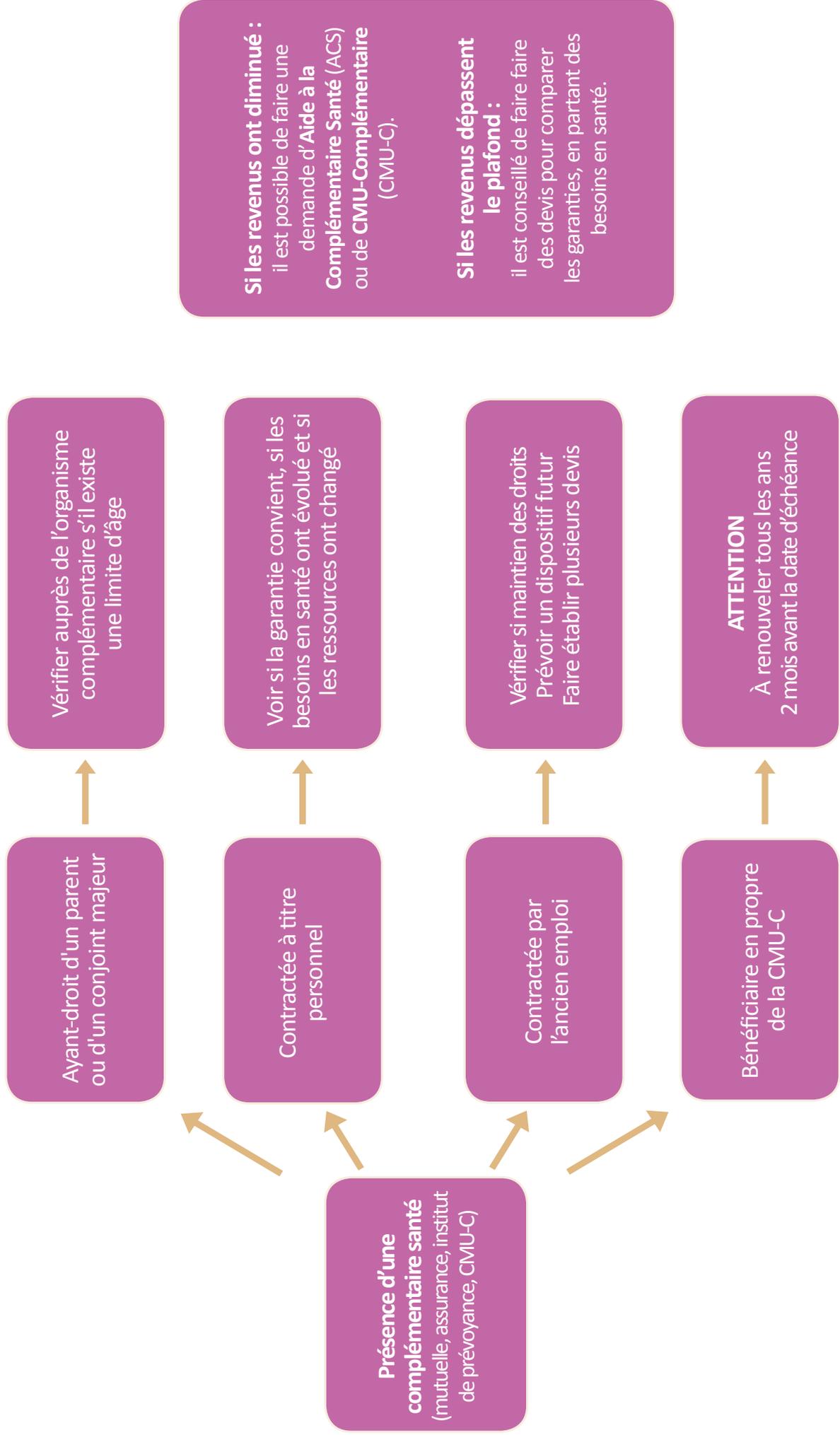
Les frais pris en charge sont a minima :

- Les consultations des médecins traitants et correspondants,
- Les médicaments remboursés à 65% par le régime obligatoire (prise en charge au moins à 30%)
- Les frais d'analyse ou de laboratoire pour deux actes de prévention

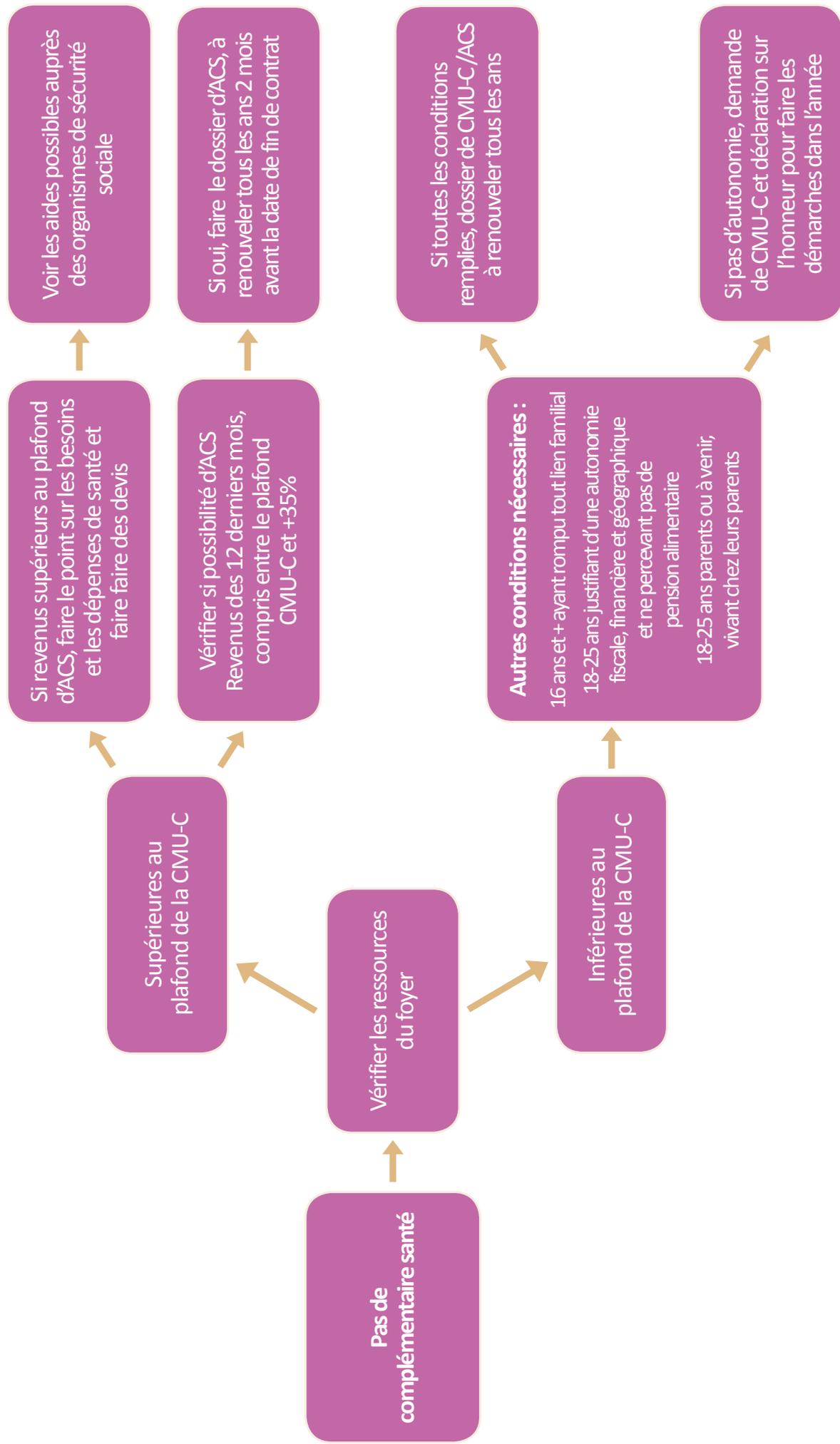
Certains frais ne sont pas pris en charge :

- Les majoration dues au non respect du parcours de soins coordonnés (cf. page 10),
- La participation forfaitaire et les franchises,
- Les frais non couverts par le niveau de garantie.

Bénéficiaire d'une complémentaire santé



Non bénéficiaire d'une complémentaire santé



Aide Médicale d'État (AME)

L'Aide Médicale d'État (AME) permet aux personnes étrangères, résidant en France sans titre de séjour, de bénéficier, sous certaines conditions, d'une prise en charge de leurs dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs fixés par l'Assurance Maladie.



► Public concerné

L'obtention de la CMU est à la fois conditionné par le statut de la personne et son niveau de ressources.

Ainsi il faut à la fois :

Statut

- Être ressortissant étranger en situation irrégulière en France, c'est-à-dire ne disposant pas de titre de séjour ou d'un document attestant d'une demande d'obtention de titre de séjour en cours,
- Et résider en France de manière stable, c'est-à-dire depuis une durée ininterrompue d'au moins trois mois.

Remarque : Les mineurs sont dispensés du délai de résidence.

Ressources :

- Avoir un niveau de ressources inférieur à 8645€ par an* en France métropolitaine pour une personne seule (mêmes conditions de ressources que la CMU-C). Ces conditions varient selon la composition du foyer.

► Dossier de demande

Pour faire la demande, il faut remplir **le formulaire s3720 d** à retirer à la CPAM ou à télécharger sur www.ameli.fr.

Pièces justificatives à fournir

- Pièce d'identité en cours de validité : carte d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance traduit,
- Domiciliation : justificatif ou attestation de domiciliation par un organisme agréé (CCAS ou association agréée) ,
- Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois : quittances de loyer, bail, factures, date d'entrée en France sur le passeport...,
- Justificatif du revenu fiscal de l'année précédente en France ou à l'étranger au moment de la déclaration : dernier avis d'imposition ou de non-imposition, bulletins de paie, avis de pôle-emploi,
- pensions alimentaires, allocations diverses, si le logement est à titre gracieux... (sauf pour les bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C)

* Chiffres au 1^{er} juillet 2014. Données actualisées disponibles sur www.cmu.fr ou www.ameli.fr.

- Photo d'identité,
- Justificatif des personnes à charge, avec les mêmes justificatifs que précédemment et les photos des personnes concernées.

La demande acceptée, le bénéficiaire sera invité à retirer personnellement sa carte de bénéficiaire de l'AME auprès de la CPAM de son lieu de résidence.

Durée de validité des droits

Sa durée de validité est d'un an, avec possibilité de reconduire la demande deux mois avant la date d'expiration des droits.

► Frais pris en charge

L'AME prend en charge les dépenses de santé **jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'Assurance Maladie** :

- Les soins médicaux et dentaires,
- Les médicaments remboursés à 100 %, 65 % ou 30 % ,
- Les frais d'analyses et examens de laboratoire,
- Les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale,
- Les frais d'examen pré-nuptial, liés à la contraception ou à la grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- Les frais pour certains vaccins ou dépistages,
- Le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire et les franchises.

Ne sont pas pris en charge :

- Les dépassements d'honoraires ,
- Les cures thermales et les frais relatifs à la Procréation Médicalement Assistée (PME).

Bon à savoir :

- Le dispositif de médecin traitant et de parcours de soins coordonnés ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'AME,
- Les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME,
- Pour les mineurs, les frais médicaux sont pris en charge à 100% dans tous les cas,
- Sur présentation de la carte, la personne peut bénéficier d'une dispense d'avance des frais.

► Changement de situation

En fonction du changement de situation survenu, ayant permis sa régularisation sur le territoire, le bénéficiaire de l'AME doit se rapprocher de l'organisme obligatoire (CPAM, MSA, RSI, régime étudiant...) pour faire valoir l'ouverture de ses droits à l'Assurance Maladie ainsi qu'aux éventuelles aides qui peuvent lui être proposées en matière d'accès aux soins.

Fiche contacts

▶ CPAM

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

▶ MSA

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

▶ RSI

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

▶ Autres contacts

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
✉ :

Formulaires et barèmes

► Formulaires : dossiers pour demande d'aides

- Protection Universelle MALadie (PUMA) : [cerfa 736](#)
- Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et Aide pour la Complémentaire Santé (ACS) : [S3711](#)
- Aide Médicale de l'État (AME) : [S3720d](#)

► Formulaires de déclaration d'immatriculation

- [Immatriculation d'un bénéficiaire allocation chômage](#)

► Formulaires de demande de mutuation vers un autre régime de Sécurité sociale

- [Demande de Mutuation](#)

► Formulaires pour ayants-droit

- [Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un des parents](#)

► Formulaires de déclaration

- [Déclaration de choix de médecin traitant](#)

► Barèmes

- [Plafonds d'attribution CMU-C, ACS et AME en 2016](#)

► Sites ressources

- www.ameli.fr
- www.cmu.fr