

Accès à l'assurance

Convention AERAS :
« s'Assurer et Emprunter avec
un Risque de Santé Aggravé »

○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Convention AERAS a été signée le 6 juillet 2006 entre les associations, les professionnels de la banque et de l'assurance et les pouvoirs publics pour faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé dans le cadre de l'octroi de prêts.

Cette convention, entrée en vigueur le 1er janvier 2007, annule et remplace la convention Belorgey du 19 septembre 2001 dont les dispositions avaient montré leurs limites pour répondre concrètement aux situations des personnes.

○ COMMENT CA MARCHE ?

Lorsque vous souhaitez souscrire un crédit (immobilier, professionnel ou à la consommation) votre banquier vérifie deux points essentiels :

1/ votre solvabilité : vos revenus doivent être suffisants au regard de vos traites, 2/ votre possibilité de faire face aux aléas de la vie.

Pour se garantir, les établissements de crédit demandent presque systématiquement une assurance (sachez tou-

tefois qu'il existe d'autres types de garantie - cf. point n°6 sur les garanties alternatives). Et c'est pourquoi votre banquier vous demande, parmi les démarches à effectuer quand vous souhaitez faire un prêt, de remplir un questionnaire de santé.

Si vous êtes considéré comme une personne présentant « un risque de santé aggravé » (c'est-à-dire que vous avez ou que vous avez eu une pathologie de longue durée, une pathologie chronique...), vous risquez de vous voir refuser l'assurance ou de vous la voir proposer avec une surprime d'un montant qui peut être excessif.

Ainsi, si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré dans le cadre du contrat de groupe (premier niveau), votre dossier est transféré au deuxième niveau afin de procéder à son examen individualisé.

En cas de refus d'assurance au deuxième niveau, le dossier est transmis à un troisième niveau (dit «pool des risques de santé très aggravés») au sein duquel siègent plusieurs assureurs et réassureurs.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27

<http://leciss.org>

SOMMAIRE

- 1/ Questionnaire de santé et confidentialité
- 2/ Les prêts couverts par la convention
- 3/ Délai d'instruction des demandes
- 4/ Les risques couverts
- 5/ Mutualisation des surprimes
- 6/ Le recours aux garanties alternatives
- 7/ Le règlement des dysfonctionnements : le processus de médiation
- 8/ Le dispositif de suivi

1/ Questionnaire de santé et confidentialité

Afin d'évaluer votre état de santé, les compagnies d'assurance peuvent poser toutes questions relatives à celui-ci dès lors qu'elles sont compréhensibles, claires et précises. En outre, au-delà d'un certain montant, elles peuvent aussi vous demander de vous soumettre à des examens et à des analyses médicales.

ATTENTION : sachez que toute fausse déclaration de votre part entrainera la nullité du contrat d'assurance.

Afin de garantir la confidentialité du questionnaire médical, il est vivement recommandé d'y répondre en privé (chez vous ou dans une pièce isolée de l'établissement de crédit où vous vous trouvez) et ensuite de le remettre sous pli cacheté soit à la banque, soit directement au service médical de l'assurance en l'y envoyant.

Le médecin conseil de la compagnie d'assurance, destinataire du questionnaire de santé, est soumis au secret professionnel et ne doit communiquer que l'acceptation ou le refus d'assurance, ainsi que les éléments nécessaires à la tarification en cas d'acceptation (c'est-à-dire l'estimation du risque qui se traduira en montant de surprime).

Enfin, nous vous rappelons que sont interdites les questions relatives aux aspects intimes ou à la sexualité tout comme les demandes d'information liée à des tests génétiques.

2/ Les prêts couverts par la convention

Les prêts professionnels et immobiliers

- Examen individualisé de niveau 2 pour toutes les demandes de prêts professionnels ou immobiliers, quelques soient leurs montants et durées de remboursement, en cas de refus de l'assurance de groupe (niveau 1).
- Examen du dossier au niveau 3 (« pool des risques très aggravés »), en cas de refus au niveau 2, pour les prêts répondant à certains critères : l'encours de prêts ne doit pas dépasser 300 000 € et l'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans.

Les prêts à la consommation affectés ou dédiés

Les questionnaires de santé sont supprimés pour l'accès à l'assurance décès dans le cadre des prêts affectés ou dédiés (destinés au financement d'un bien déterminé : achat d'un véhicule, d'un équipement informatique, etc.), s'ils répondent aux critères suivants :

- montant limité à 15 000 € (attestation sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà de ce plafond),
- durée de remboursement inférieure ou égale à 4 ans,
- emprunteur âgé de 50 ans au plus (veille du 51ème anniversaire).

3/ Délai d'instruction des demandes

Le délai de traitement de votre dossier de demande de prêt immobilier ou professionnel ne doit pas excéder **5 semaines** (3 semaines pour les assureurs et 2 semaines pour les banques) **à compter de la réception du dossier complet**. Il importe donc de bien constituer son dossier dès le départ.

Si vous pensez être en situation de risque aggravé de santé, vous avez tout intérêt à anticiper la question de l'assurance. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou complété votre demande de prêt, vous pouvez déposer une demande d'assurance, soit auprès de votre établissement de crédit, soit auprès d'une société d'assurances. Cette anticipation vous permettra d'avoir déjà une proposition d'assurance quand votre prêt immobilier sera finalisé.

Si vous obtenez un accord d'assurance, celui-ci est valable pendant 4 mois. Lorsque votre prêt concerne un bien immobilier, l'accord vous reste acquis pendant cette même durée, même si vous portez votre choix sur un bien autre, sous réserve d'un montant et d'une durée de prêt inférieurs ou égaux à la demande initiale.

4/ Les risques couverts

L'assurance dans le cadre de la convention AERAS couvre :

- le risque décès
- le risque de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
- et une couverture additionnelle d'invalidité : le risque « invalidité » couvert par la convention étant défini comme la totalité des assurés relevant de la 3ème catégorie d'invalidité du code de la sécurité sociale (tierce personne) et un tiers des assurés relevant de la 2ème catégorie d'invalidité (les critères de mise en œuvre de cette disposition sont encore à définir).

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

Des indicateurs suivront la réalisation de cet objectif. Il ne s'agit pas d'une couverture de l'invalidité totale mais seulement d'une partie des cas d'invalidité.

Un premier bilan de l'application de cette disposition sera réalisé en décembre 2008.

5/ Mutualisation des surprimes

Pour faire face aux surprimes souvent dissuasives constatées jusqu'alors, un mécanisme de mutualisation est mis en place par les professionnels de la banque et de l'assurance. Il a pour objet de permettre un écrêtement des primes en faveur des personnes disposant de revenus limités. Il concerne les prêts professionnels et les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale.

Les conditions de revenus

Le bénéfice de ce dispositif est accordé au vu des revenus et du nombre de parts accordées au foyer fiscal :

Nombre de parts	Revenus inférieurs à (plafond sécu au 01/01/07)
1 ou 2	32 184 € annuels
2.5	40 203 € annuels
3 ou +	48 276 € annuels

Montant de l'écrêtement

Les personnes qui sont éligibles à ce dispositif ne pourront avoir une prime d'assurance supérieure à 1.5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Exemple : pour un taux de crédit de 3.5%, si le taux effectif global majoré de la prime d'assurance est de 5.56% alors le mécanisme de mutualisation prendra en charge la surprime au-delà du taux de 5% (3.5 plus 1.5), soit les 0,56% restants.

6/ Le recours aux garanties alternatives

L'assurance liée à un prêt n'est pas juridiquement obligatoire en France. Dans la pratique pourtant, les banques conditionnent souvent leur accord pour le prêt à l'obtention d'une assurance. Toutefois, il est toujours possible et à tout moment de présenter des garanties alternatives à l'assurance telles que :

- des biens immobiliers précédemment acquis,
- un portefeuille de valeurs mobilières,
- un contrat d'assurance vie,
- un contrat de prévoyance individuelle ou collective,
- des cautions...

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

Ces garanties alternatives permettent l'octroi d'un prêt sans le recours à une assurance et donc à d'éventuelles surprimes conséquentes. Lorsque ces garanties présentent la même sécurité pour le prêteur, les établissements de crédit s'engagent, aux termes de la convention, à les accepter.

7/ Le règlement des dysfonctionnements : le processus de médiation

Les dispositions de la convention reposent largement sur la bonne volonté des assureurs et des banquiers à les mettre en œuvre et sur la vigilance qu'y apporteront les associations.

En cas de difficulté liée à l'application de la convention, il est recommandé de saisir la commission de médiation qui est chargée de traiter des réclamations individuelles. Les associations siègent au sein de la commission à parité avec les professionnels. La commission de médiation peut également intervenir pour favoriser le dialogue entre le spécialiste de la pathologie et le médecin conseil de l'assurance (par exemple en cas de refus objectivement injustifié ou de surprime manifestement trop élevée).

Le traitement des dossiers par la commission de médiation est confidentiel.

En cas de difficulté ou de dysfonctionnement dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la convention AERAS : faites intervenir le processus de médiation (contactez Santé Info Droits 0 810 004 333 pour connaître la procédure et avoir les coordonnées de la commission de médiation).

8/ Le dispositif de suivi

La commission de suivi et de propositions

Une commission de suivi et de propositions se réunit au moins 4 fois par an pour veiller à la bonne application de la convention et formuler des recommandations. Elle débat de toute mesure susceptible d'améliorer le dispositif conventionnel et rend un rapport tous les deux ans.

La commission des études et recherches

Une commission des études et recherches est créée. Animée par le ministère de la Santé et de la Solidarité, elle comporte des représentants de l'INSERM, de l'Institut national de veille sanitaire et associe à ses travaux les spécialistes concernés par les pathologies étudiées. Elle étudie et recueille les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies et engage notamment un programme de recherche sur l'invalidité.

○ TEXTES DE REFERENCE

- La convention AERAS
- Les articles L.1141-2 à L. 1141-4 du Code de la Santé Publique.

○ POSITION DU CISS

Un débat a eu lieu entre les différentes associations du CISS, certaines estimant que seule la loi était de nature à pouvoir mettre un terme aux refus infondés d'assurance ou aux surcharges excessives, et les autres pensant que cette nouvelle convention constituait un progrès et ne remettait pas en cause de futures améliorations complémentaires. En tout état de cause, il semble important pour le CISS de rappeler

que l'élément déterminant résidera dans l'application qui sera faite des dispositions prévues dans la nouvelle convention. Le CISS entend donc rester d'une grande vigilance et s'impliquer fortement dans les dispositifs de suivi de la convention AERAS, afin d'optimiser la mise en œuvre pratique des avancées susceptibles d'améliorer la situation des personnes malades et handicapées face à l'assurance et au prêt. Ainsi nous vous invitons à nous communiquer vos retours d'expérience qui alimenteront utilement nos futures travaux et négociations avec les représentants des banques et des assurances.

○ S'INFORMER

Santé Info Droits 0 810 004 333 : la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à

l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h à 18h

Mardi, jeudi : 14h à 20h

“ Une question juridique ou sociale liée à la santé : des écoutants spécialistes vous informent et vous orientent ”

SANTÉ INFO DROITS
0 810 004 333
la ligne du **CISS**

Egalement accessible sur <http://leciss.org> au **01 53 62 40 30 ***

SANTÉ INFO DROITS s'adresse à toute personne confrontée à des difficultés, des doutes, des interrogations :

- pour **les représentants des usagers du système de santé**
leurs droits et leur missions, le fonctionnement des instances dans lesquelles ils siègent...
- pour **les usagers et le grand public**
les implications d'ordre juridique et social résultant de l'état de santé
- pour **les professionnels de la santé et du social et/ou les intervenants associatifs**
le suivi et l'accompagnement des personnes auprès desquelles ils agissent

lundi, mercredi et vendredi de 14 heures à 18 heures
mardi et jeudi de 14 heures à 20 heures

une action mise en place par **le CISS**

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé est composé de :
AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Alliance Maladies Rares - APF - AVIAM - CSF - FFAAIR
Familles Rurales - FNAMOC - FNAP-PSY - FNAIR - FNATH - Ligue Contre le Cancer - Le Lien - ORGECO
SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose

* Numéro qui peut être plus managère si vous appelez d'un portable ou si vous avez un abonnement fixe (limité pour réserver des disponibilités contractuelles propres à chaque opérateur)

Assurance maladie

Forfait de 18 €
sur les actes «lourds»

DE QUOI S'AGIT-IL?

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 56) a introduit un forfait de 18 euros à la charge des usagers ou de leur mutuelle, pour ceux qui en ont une, pour les actes médicaux atteignant un certain coût.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de vous informer sur les conditions dans lesquels les actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont pris en charge. Cette obligation doit se faire par tous moyens adaptés. Renseignez-vous auprès de votre caisse de sécurité sociale ! (Article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)

TEXTES DE REFERENCE

- Articles L. 322-2, L. 322-3 et R. 322-8 du code de la sécurité sociale.
- Décret n°2006-707 du 19 juin 2006 pris en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.
- Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n°2006-290 du 3 juillet 2006.
- Circulaire CNAM n°41/2006 du 7 août 2006.

POSITION DU CISS

Cette mesure, présentée par le gouvernement pour faire 84 millions d'euros d'économie par an, a fait l'objet d'avis défavorables des instances consultées en janvier 2006 (CNAMTS/UNOCAM/UNOCAM). Le décret a néanmoins été publié au journal officiel le 20 juin 2006. Compte tenu des adaptations nécessaires des systèmes informatiques, le forfait 18 euros s'applique depuis le 1er septembre.

Le CISS et la FNATH s'y sont opposés considérant que :

- Cette mesure pénalise les malades qui ne sont pas couverts par une mutuelle,
- Elle s'ajoute aux autres contributions à la charge des usagers : contribution forfaitaire d'un euro, augmentation du forfait hospitalier...
- Cette mesure, qui organise ainsi un transfert de charge vers les ménages, compromet l'accès aux soins dont on sait par des études récentes que les refus de soins ou les renoncements aux soins ne sont pas négligeables.

Un recours contentieux a été déposé en juillet 2006 devant le Conseil d'Etat par le CISS et la FNATH.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciss.org>

COMMENT CA MARCHE ?

SOMMAIRE

- 1/ Les actes concernés
- 2/ Comment est recouvré le forfait 18 € ?
- 3/ Les exceptions

1. Les actes concernés

Il s'agit des actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros ou affecté d'un coefficient supérieur ou égal à 50.

Il importe peu que l'acte soit réalisé en cabinet de ville, dans un centre de santé, dans un établissement de santé public ou privé dans le cadre des consultations externes ou dans le cadre d'une hospitalisation.

Précisions / limites

Si plusieurs actes sont réalisés par un même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif ou leur coefficient peuvent être cumulés et entraîner le versement du forfait si le tarif cumulé est supérieur ou égal à 91 euros ou si le cumul des coefficients est supérieur ou égal à 50.

Au cours d'une hospitalisation, la participation n'est due qu'une seule fois.

Au cours d'une même consultation, il ne peut y avoir qu'une participation de 18 euros même si plusieurs actes sont réalisés.

Comment savoir ?

Tout professionnel de santé est tenu, avant l'exécution d'un acte, de vous apporter une information précise et compréhensible sur son coût et les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires de l'assurance maladie (article L. 1111-3 du code de la santé publique). Il est souhaitable de prendre l'initiative de lui poser la question.

2. Comment est recouvré le forfait 18 euros ?

Sauf les cas d'exonération (voir ci-dessous le point 3), le forfait de 18 euros doit être réglé directement auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé.

COMMENT CA MARCHE ?

Si vous avez une mutuelle, renseignez-vous auprès d'elle.

Pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), le forfait est recouvré auprès de l'organisme choisi.

3. Les exceptions

Certaines situations et certains actes particuliers sont exonérés de la participation forfaitaire de 18 euros. Il s'agit des personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% en raison de leur état de santé ou de leur situation.

Exemples

- Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension militaire
- Les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après leur accouchement
- Les nouveau-nés pour les frais d'hospitalisation pendant les 30 jours suivants leur naissance
- Les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- Les personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD)
- Les mineurs victimes de sévices sexuels

Actes exonérés

- pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de scintigraphie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons
- pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé ou entre l'établissement et le domicile
- pour les frais de prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses et véhicules pour handicapés physiques
- frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain
- pour l'ensemble des frais au cours d'une hospitalisation à compter du 31ème jour
- pour les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cytopathologie

S'INFORMER

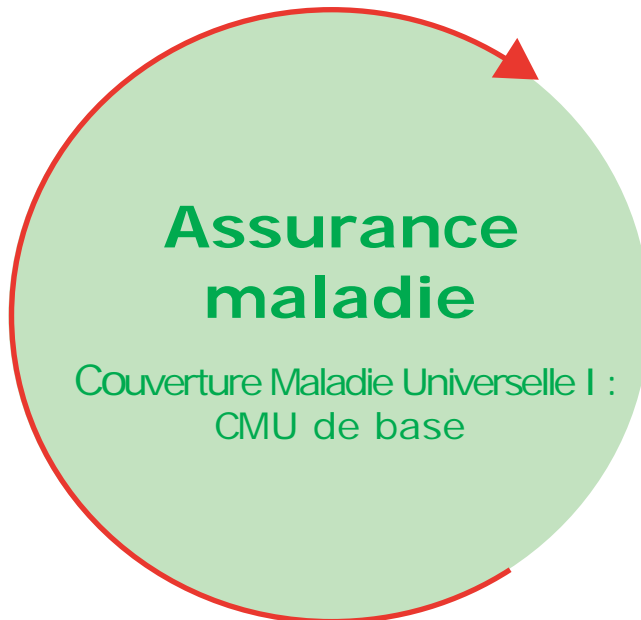
Dans votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie : les caisses de sécurité sociale sont tenues de vous informer sur les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont pris en charge (Article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale).

S'INFORMER



Santé Info Droits 0 810 004 333 : la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h



La CMU (couverture maladie universelle) comporte une couverture maladie de base (régime général de la sécurité sociale) et une couverture complémentaire sous conditions de ressources. Une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire complète le dispositif prévu.

Fiche CMU I : la CMU de base

Fiche CMU II : la CMU C (complémentaire)

Fiche CMU III : l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

Créé en 1999 le dispositif prévoit que toute personne ayant une résidence stable et régulière en France qui n'a pas de droits ouverts à un autre régime de base doit être affiliée au régime général de la Sécurité Sociale via la couverture maladie universelle (CMU).

○ COMMENT CA MARCHE ?

Pour obtenir ou demander une assistance à la constitution de votre dossier C.M.U., il convient de s'adresser à la caisse primaire d'Assurance Maladie de son domicile ou à l'un des organismes habilités :

- centre communal d'action sociale
- service social
- association agréée
- établissement de santé

Une attestation de droits et une carte vitale sont ensuite délivrées par la caisse d'assurance maladie compétente.

○ TEXTES DE REFERENCE

- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999
- Article L380-1 à L380-4 du code de la sécurité sociale
- Articles R380-1 à R380-9 du code de la sécurité sociale
- Articles D380-1 à D380-5 du code de la sécurité sociale
- Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000

○ S'INFORMER



Santé Info Droits
0 810 004 333 :
la ligne d'information
et d'orientation
du CISS sur toutes
les problématiques

juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciiss.org>

SOMMAIRE

- 1/ Les conditions pour bénéficier de la CMU de base : stabilité et régularité de la résidence
- 2/ Coût de la CMU de base pour les bénéficiaires
- 3/ Prestations couvertes par la CMU de base

1- Les conditions pour bénéficier de la CMU de base : stabilité et régularité de la résidence

La condition de stabilité est remplie dès lors que la personne peut prouver par tout moyen qu'elle réside en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (quittances de loyer, deux factures successives d'électricité, de gaz...).

En revanche, aucun délai n'est requis :

- pour certains titulaires de minima sociaux,
- pour certains titulaires de prestations sociales ou familiales
- en raison de situations liées au handicap ou à l'âge
- pour les demandeurs d'asile et les demandeurs du statut de réfugié

Liste complète : Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000.

La condition de régularité est remplie dès lors que la personne de nationalité étrangère justifie qu'elle est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers. A défaut de présentation de titre de séjour, la présentation de tout document attestant que l'intéressé a déposé un dossier de demande ou de renouvellement de titre de séjour auprès de la préfecture établit qu'il remplit la condition de résidence (exemple : un étranger ayant déposé une demande de titre de séjour « vie privée et familiale » pour des raisons médicales présentant un récépissé).

Dans les cas où la condition de régularité ne peut être remplie, la personne peut bénéficier de l'aide médicale Etat (AME). Les étrangers en France depuis moins de trois mois qui ne peuvent bénéficier de l'AME peuvent bénéficier d'une prise en charge financière des seuls soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé.

L'accès aux soins peut également intervenir par le biais des permanences d'accès aux soins de santé pour les personnes démunies (PASS).

2- Coût de la CMU de base pour les bénéficiaires

Une cotisation est due par les personnes dont les revenus dépassent 7 083 € (jusqu'au 30 septembre 2007). Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Les personnes dont le revenu est inférieur à ce montant bénéficient donc gratuitement de la C.M.U de base.

Les personnes dont les revenus dépassent ce plafond doivent s'acquitter d'une cotisation différentielle égale à 8% du montant des revenus dépassant le plafond.

Pour la période prise en compte pour le calcul de ce plafond, il existe deux possibilités :

- soit la demande est effectuée avant le mois d'octobre de l'année en cours et dans ce cas le montant des sommes des ressources prises en compte correspond au revenu fiscal de l'année n-2.

Exemple : Une demande effectuée en mars 2007, les revenus pris en compte pour l'attribution de la CMU de base sont les revenus de l'année 2005.

- soit la demande est effectuée à partir du mois d'octobre de l'année en cours et dans ce cas le montant des sommes de ressources prises en compte correspond au revenu fiscal de l'année précédente.

Exemple : Une demande effectuée en octobre 2007, les revenus pris en compte pour l'attribution de la CMU de base sont les revenus de l'année 2006.

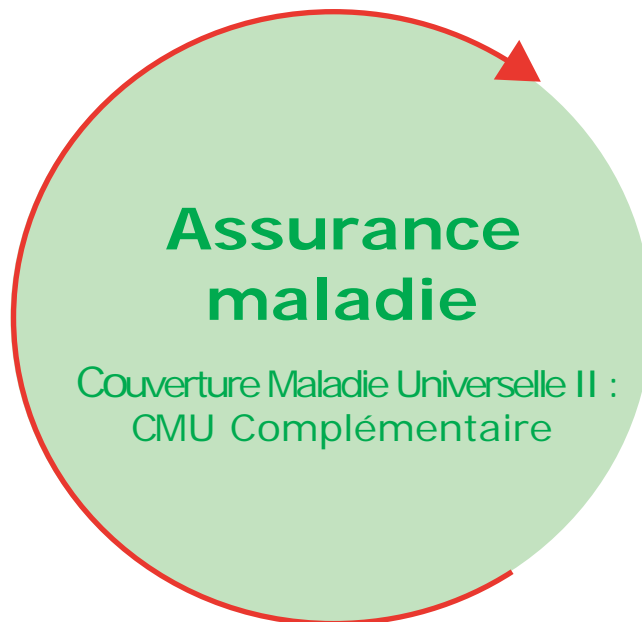
Par ailleurs, les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire et du R.M.I sont de plein droit exonérés du paiement de cette cotisation.

3 – Prestations couvertes par la CMU de base

La couverture de base permet de bénéficier des prestations dites « en nature » du régime général de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux: consultations, soins, traitements....

Avec la couverture universelle de base, les bénéficiaires ont droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'assurance maladie). Ainsi, les personnes bénéficiant de la CMU de base sans assurances ou mutuelles ne restent redevables que du ticket modérateur, c'est-à-dire la part non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Elle ne permet pas le paiement d'indemnités journalières (prestations dites « en espèces »).



La CMU (couverture maladie universelle) comporte une couverture maladie de base (régime général de la sécurité sociale) et une couverture complémentaire sous conditions de ressources. Une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire complète le dispositif prévu.

Fiche CMU I : la CMU de base

Fiche CMU II : la CMU C (complémentaire)

Fiche CMU III : l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

La couverture maladie universelle procure sous condition de ressources une couverture complémentaire gratuite.

La condition de ressources fixée crée inévitablement un effet « seuil ». Celui qui ne dépasse pas le seuil a droit à la couverture complémentaire gratuite. Celui qui le dépasse même de peu n'y aura pas droit.

Pour les personnes qui dépassent de peu le plafond de ressources fixé, une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire existe.

○ COMMENT CA MARCHE ?

1- Bénéficiaire de la CMU complémentaire

Pour obtenir ou demander une assistance à la constitution de votre dossier CMU, il convient de s'adresser à la caisse d'Assurance Maladie de votre domicile ou à l'un des organismes habilités :

- centre communal d'action sociale
- service social
- association agréée
- établissement de santé

La gestion de la couverture complémentaire est assurée soit par l'organisme d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire, soit par une mutuelle, une institution de

prévoyance ou une société d'assurance. Le choix de l'organisme complémentaire se fait au moment de la constitution du dossier de demande de C.M.U. complémentaire.

Attention !

- Aucune sélection des risques par le biais de questionnaire de santé n'est autorisée.
- Les personnes dépassant de peu le plafond fixé pour le bénéfice de la CMU complémentaire gratuite peuvent bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

2- Sortie du dispositif

Les personnes qui n'ont plus droit à la CMU-C car leurs ressources dépassent le plafond, ont droit pendant un an au maintien de la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire. Par ailleurs les personnes ayant choisi une mutuelle, une société d'assurance ou un institut de prévoyance pour gérer leur CMU-C se voient proposer un contrat prenant en charge leurs frais de soins dans les mêmes conditions que la CMU-C.

Il est également possible de prétendre à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et de cumuler cette aide avec le contrat de sortie.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciss.org>

SOMMAIRE

- 1/ Les conditions pour bénéficier de la CMU complémentaire : stabilité et régularité de la résidence
- 2/ Conditions de ressources
- 3/ Prestations couvertes par la CMU complémentaire

1- Les conditions pour bénéficier de la CMU complémentaire : stabilité et régularité de la résidence

La condition de stabilité est remplie dès lors que la personne peut prouver par tout moyen qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (quittances de loyer, deux factures successives d'électricité, de gaz...).

En revanche, comme pour la CMU de base aucun délai n'est requis :

- pour certains titulaires de minima sociaux,
- pour certains titulaires de prestations sociales ou familiales
- en raison de situations liées au handicap ou à l'âge
- pour les demandeurs d'asile et les demandeurs du statut de réfugié

Sont également dispensées du délai de plus de trois mois de résidence ininterrompue les personnes de trouvant dans l'une des situations suivantes :

- personnes affiliées à un régime obligatoire au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer pour une durée supérieure à trois mois
- personnes inscrites à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à trois mois ;
- personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

Liste complète : Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000.

La condition de régularité est remplie dès lors que la personne de nationalité étrangère justifie qu'elle est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers. A défaut de présentation de titre de séjour, la présentation de tout document attestant que l'intéressé a déposé un dossier de demande ou de renouvellement de titre de séjour auprès de la préfecture établit qu'il remplit la condition de résidence (exemple : un étranger ayant déposé une demande de titre de séjour « vie privée et familiale » pour des raisons médicales présentant un récépissé).

2- Conditions de ressources

Le droit à la protection complémentaire gratuite est ouvert aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé à :

Plafond de ressources CMU complémentaire gratuite (01/07/06) - CNAM	Métropole par mois	DOM par mois
1 personne seule	598,23 €	662,84 €
2 personnes (+50%)	897,35 €	994,26 €
3 personnes (+30%)	1.076,82 €	1.193,12 €
4 personnes (+30%)	1.256,29 €	1.391,97 €
Par personne supplémentaire (+40%)	239,29 €	265,14 €

Les modalités de calcul du plafond de la CMU complémentaires sont différentes de celle de la CMU de base. En effet, les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois qui précèdent la demande. Elles comprennent l'ensemble des ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non imposables (salaires, indemnités de chômage, prestations sociales et familiales, avantages en nature, revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux) après déduction des cotisations sociales, de la CSG et de la CRDS

Est intégré dans ce calcul un forfait logement si la personne est titulaire d'une Allocation Personnalisée au Logement ou si elle est propriétaire de son logement. Le montant de ce forfait est pour 2006, le montant mensuel du forfait logement est de 51,05 euros pour une personne seule ; 89,33 euros pour deux personnes ; 107,20 euros pour trois personnes et plus.

En revanche, les pensions alimentaires versées doivent être déduites.

3 – Prestations couvertes par la CMU complémentaire

La protection complémentaire permet la dispense d'avance de frais et couvre intégralement le ticket modérateur (part non prise en charge par la sécurité sociale qui demeure à la charge de l'assuré, hors les affections prises en charge à 100%), le forfait journalier hospitalier, les frais de prothèses dentaires, d'orthopédie dento-faciale et de dispositifs médicaux à usage individuel fixés par arrêtés ministériels dans la limite d'un certain montant.

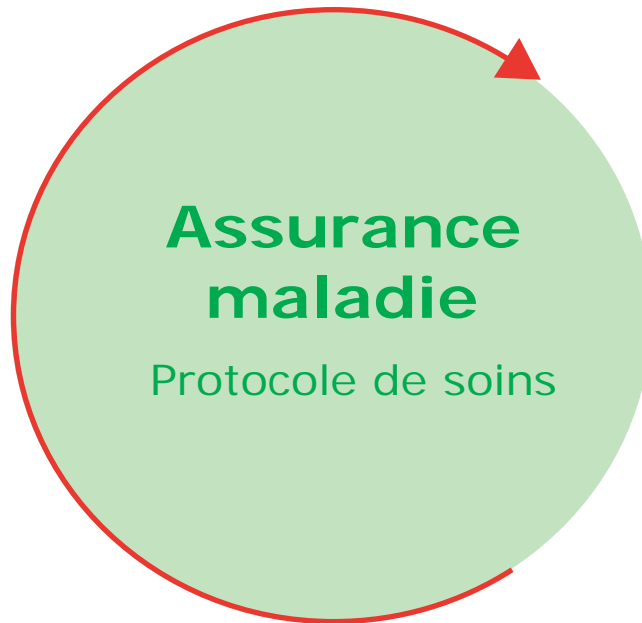
○ **TEXTES DE REFERENCE**

- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999
- Articles L861-1 à L861-10 du code de la sécurité sociale
- Articles R861-1 à R861-10, R861-11 à R861-15 et R861-16 à R961-18 du code de la sécurité sociale
- Articles D861-1 du code de la sécurité sociale
- Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000
- Arrêté du 27 avril 2001 (JO du 6 mai 2001)

○ **S'INFORMER**



Santé Info Droits 0 810 004 333 : la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h



○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit un dispositif de prise en charge et de coordination des soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) qui s'articule autour du protocole de soins.

Les ALD concernées sont celles de la liste de l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale (30 groupes de pathologies), celles ne figurant pas sur la liste mais comportant un traitement coûteux de plus de 6 mois (ALD 31) et les poly-pathologies invalidantes nécessitant des soins de plus de 6 mois (ALD 32).

Le contenu du protocole de soins indique :

- la liste de tous les soins et traitements nécessaires
- les soins et traitements pris en charge à 100%
- les médecins spécialistes de votre ALD que vous pouvez consulter directement sans passer par votre médecin traitant

Ce qui n'est pas indiqué dans le protocole n'est donc pas pris en charge à 100%

○ TEXTES DE REFERENCE

- Article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale.
- Un guide associatif sur le protocole de soins sur le vih/sida réalisé par le TRT-5 en collaboration avec la société française de santé publique est téléchargeable sur <http://www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf> ou disponible en version papier auprès des associations.
- Site de l'assurance maladie : <http://www.ameli.fr/16/DOC/2331/article.html#>
- Les recommandations de la HAS sont accessibles au fur et à mesure de leur publication sur le site <http://www.pressestnews.fr/HAS/Accueil.html>.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciss.org>

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

La loi prévoit que le protocole de soins est établi conjointement avec les médecins correspondants éventuels et en accord avec le patient. Ce protocole est ensuite adressé par le médecin traitant au médecin conseil de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) pour accord sur la prise en charge 100%..

Ce protocole est révisable en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques. Il est établi selon les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour une durée déterminée.

Le volet « patient » du protocole est signé par le patient qui distingue ainsi le champ des prestations qui seront prises en charge dans le cadre du parcours de soins coordonné, du champ des prestations hors parcours de soins et donc moins bien remboursées

Si le protocole de soins n'est pas obligatoire tout comme le choix du médecin traitant, il conditionne néanmoins le niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie (c'est un protocole contractuel).

Les recommandations de la HAS, en cours d'élaboration sur les années 2005-2008 pour les 30 ALD, fixent la prise en charge optimale des personnes atteintes par une ALD : en précisant les prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais aussi des prestations actuellement non couvertes (éducation thérapeutique, certaines vaccinations conseillées...).

○ COMMENT CA MARCHE ?

Les recommandations de la HAS, ALD par ALD, font l'objet de deux publications à destination des professionnels de santé : La Liste des actes et prestations avec les conditions de remboursement par l'AMO et le guide médecin. Des représentants de patients, au sein des as-

sociations, participent aux groupes de travail de la HAS pour la rédaction de la liste des actes et prestations (nécessaires à une ALD), qui une fois finalisée, est publiée sous le titre Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS), et téléchargeable sur le site www.has-sante.fr

Pour toute nouvelle entrée en ALD, l'Assurance maladie diffuse un guide d'information. adressé au patient.

Les associations de patients des pathologies concernées développent des actions d'information (revues, lignes téléphoniques, ...). Il ne faut pas hésiter à les contacter.

○ POSITION DU CISS

Début 2006, nous avons alerté les instances de santé publique sur dès que nous avons eu connaissance de refus d'admission en ALD au motif que le protocole de soins n'avait pas été rédigé par le « médecin traitant » (faute de désignation) et que la demande émanait directement d'un médecin hospitalier spécialiste de la pathologie concernée.

Notre argumentation ayant été entendue, l'admission directe en ALD est de nouveau possible (comme avant la réforme) à l'issue d'une hospitalisation pour une durée de 6 mois, délai au delà duquel le protocole de soins aura dû être rédigé de façon réglementaire.

Un groupe de contact du CISS a été mis en place en mai auprès du Ministre de la Santé et des Solidarités pour le suivi de la mise en œuvre de la réforme : travail en commun sur l'information des patients et la diffusion des recommandations de la HAS, prise en charge dérogatoire des ALD et des maladies rares pour les prescriptions en dehors des indications thérapeutiques pour lesquelles l'AMM (autorisation de mise sur le marché) a été obtenue (article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale)...

○ S'INFORMER



Santé Info Droits 0 810 004 333 :

la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h / Mardi, jeudi : 14h-20h

○ S'INFORMER

Assurance maladie

Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Couverture Maladie Universelle (CMU) a été introduite par la loi du 27 juillet 1999. Elle permet l'affiliation au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence en France aux personnes ne disposant pas de rattachement à un régime de sécurité sociale (*voir la fiche CISS Pratique n°4 sur la CMU*).

La loi introduit également une couverture maladie complémentaire gratuite et attribuée sous conditions de ressources (CMUC) pour les 10% d'assurés n'en disposant pas (*voir la fiche CISS Pratique n°5 sur la CMUC*).

Plus récemment, a été instituée une aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire (appelée au départ « crédit d'impôt » et devenue depuis janvier 2007 l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (ACS). Elle se matérialise par la prise en charge partielle des cotisations à la mutuelle des assurés (*voir la fiche CISS Pratique n°6 sur l'aide à la mutualisation*).

Parallèlement, la loi met en place des dispositifs spécifiques pour favoriser le recours au système de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire (4.8 millions d'assurés au 31 juillet 2006) :

- tout médecin (y compris celui inscrit en secteur 2) est obligé de pratiquer les tarifs de base de la sécurité sociale (sans dépassement d'honoraires),
- les prix applicables en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie sont fixés par un arrêté du 30 mai 2006 qui a revalorisé leur montant de 30%,

- les prix applicables en matière de dispositifs médicaux doivent respecter les limites tarifaires fixées par l'arrêté du 31 décembre 1999,
- les refus de vente ou de prestations sont interdits par l'article L. 122-1 du code de la consommation et sanctionnés comme une contravention de 5ème classe (article R. 121-13 du code de la consommation),
- la suppression des participations habituellement demandées aux usagers : ticket modérateur, forfait journalier, contribution forfaitaire d'un euro introduit par la loi du 13 août 2004,
- le tiers payant, c'est-à-dire la dispense d'avances des frais médicaux.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La circulaire de la Direction de la Sécurité sociale n°81/2001 du 12 février 2001 prévoyait déjà que si « les textes en matière de CMUC n'ont prévu aucun régime spécifique de sanctions en de telles hypothèses, il convient de recourir aux procédures existant en matière pénale, ordinale ou conventionnelle ».

Le rapport Chadelat du 30 novembre 2006 reprend cette même idée et propose, s'agissant des sanctions de les renforcer et :

- 1/ d'introduire une faculté de sanction spécifique pour la loi sur la CMU en plus des sanctions existantes,
- 2/ de mettre en place une politique effective des ordres pour une identification rapide des cas de refus et mise en œuvre des sanctions existantes,
- 3/ de permettre la saisine des chambres disciplinaires et de la section des assurances sociales des ordres par les associations d'usagers,



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27

<http://leciss.org>

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

4/ de compléter le rôle des commissions des pénalités dans chaque caisses de manière à introduire un mécanisme de sanctions financières.

Une réunion d'un comité sur le refus de soins rassemblant l'ensemble des acteurs a eu lieu le 19

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

décembre 2006. Plutôt que de créer des sanctions nouvelles, il a été décidé d'appliquer l'existant, tout en permettant aux associations de saisir directement les instances ordinales (conseils de l'ordre) aux côtés des usagers.

Aussi, il importe de bien connaître en fonction des situations les voies de recours existantes, les différentes procédures pouvant être engagées parallèlement :

Recours possibles		Juridictions pénales	Instances ordinales (conseils de l'ordre)	HALDE	Conciliateurs des CPAM	Direction générale Conso et Répression Fraudes
Professionnels concernés	Pratiques concernées					
Médecins	Refus de soins	Art. L. 122-1 et R. 122-13 code conso : contravention 5ème classe	Article 7 code déontologie : section disciplinaire de l'ordre régional des médecins, signalement auprès de l'ordre départemental	HALDE au titre du refus de soins discriminatoire sur la base de l'art. 1110-3 du code de la santé publique et des engagements internationaux	Convention médicale du 11 février 2005	
Médecins	Non respect des limites tarifaires		Sanctions ordinales : oui		Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 11/02/05, point 4.1.3.1 CMU complémentaire : « dans ce cadre, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, fixés conventionnellement, ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la CMU. Les médecins ne peuvent facturer de dépassements qu'en cas d'exigence particulière du patient (...) »	
Chirurgiens dentistes	Refus de soins	Sanctions pénales : les refus de prestations des chirurgiens dentistes doivent être assimilés à des refus de vente. Les sanctions applicables sont des contraventions de 5ème classe prescrites dans un délai d'un an. Refus de soins interdits et sanctionnés par art. L. 122-1 et R. 121-13 code conso	Sanctions ordinales sur la base de l'art. 8 du code de déontologie dentaire (lettre 20 du Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes), saisine de la section disciplinaire du conseil régional de l'ordre des chirurgiens dentistes.		Convention médicale du 11 février 2005	Sanctions pénales : les refus de prestations des chirurgiens dentistes doivent être assimilés à des refus de vente. Les sanctions applicables sont des contraventions de 5ème classe prescrites dans un délai d'un an. Refus de soins interdits et sanctionnés par art. L. 122-1 et R. 121-13 du code conso.
Chirurgiens dentistes	Non respect des limites tarifaires		Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes saisi par le bénéficiaire (Convention nationale des chirurgiens dentistes approuvée par l'arrêté du 14/06/06 - Point 2.2)		CPAM : point 7.3.1 de la convention nationale des chirurgiens dentistes pouvant aller jusqu'à la suspension de l'exercice dans le cadre de la convention (Commission départementale paritaire au sein de chaque CPAM)	
Dispositifs médicaux	Refus de vente	Sanctions pénales : contravention de 5ème classe (refus de vente interdits et sanctionnés par art. L. 122-1 et R. 121-13 code conso)				La DDCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions, art. L. 141-1 du code de la consommation
Dispositifs médicaux	Obligation de proposer un produit dont le prix est fixé par l'arrêté du 31 mai 1999 (art. L. 165-6 code sécurité sociale)		Pas de sanctions ordinales possibles contre les distributeurs de dispositifs médicaux. Mais il est envisageable d'informer des pratiques du distributeur la Commission de matériovigilance (en cours d'installation, décret à paraître)			La DDCCRF est compétente pour vérifier le non respect de l'obligation de proposition (attention, le distributeur n'est soumis qu'à une obligation de proposition, pas de sanction pénale liée au non respect par celui-ci de l'obligation d'information).

○ POSITION DU CISS

La question des refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU a été suffisamment documentée ces dernières années pour appeler des mesures actives (permanences des associations, rapports de Médecins du Monde...).

Aussi, à la publication de l'enquête du Fonds CMU en juin 2006, à partir de testing réalisés auprès de professionnels du Val-de-Marne, le CISS a saisi la HALDE.

Celle-ci, dans trois délibérations du 6 novembre 2006, a reconnu le caractère discriminatoire des refus de soins sur la base des engagements internationaux de notre pays et de notre législation.

Sur la base des engagements pris en décembre 2006 par les uns et les autres, le CISS sera attentif à ce que la lutte contre les refus de soins se poursuive à tous les

niveaux : information des professionnels et des usagers, suivi des plaintes auprès des instances ordinales ou de l'assurance maladie...

○ S'INFORMER



Santé Info Droits 0 810 004 333 : la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h

Agrément des associations de santé

● DE QUOI S'AGIT-IL ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé un dispositif d'agrément pour les associations désirant représenter les intérêts des usagers du système de santé. La Commission nationale d'agrément a commencé ces derniers mois à examiner les demandes des associations et devrait rendre d'ici la fin du mois de juin les premières décisions effectives d'agrément.

ATTENTION : à terme, vraisemblablement à partir du début de l'année 2007, seules les associations ayant été agréées par ladite commission pourront se prévaloir de la faculté de représenter les usagers dans les diverses instances hospitalières ou de santé publique prévoyant leur participation (CA et CRUQPC des établissements hospitaliers, CA des CPAM, CRCI...).

● CE QU'IL FAUT SAVOIR

1/ Qui peut prétendre à un agrément ?

L'agrément ne doit pas s'entendre comme un « permis de travail » dans le domaine de la santé pour les associations du secteur. En effet, bon nombre d'associations souhaitent participer à des réflexions, groupes de travail, actions sans désirer avoir une activité géné-

rale de représentation des intérêts des usagers dans différentes instances institutionnelles. Il faut donc faire la distinction entre ce qui relève de la participation qui est ouverte à toutes les associations, agréées ou non, et l'action de représenter les intérêts des usagers du système de santé réservée aux associations agréées.

Ainsi l'agrément est-il subordonné :

- à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ;
- aux actions de formation et d'information qu'elle conduit notamment à l'égard de ses membres ;
- à sa transparence de gestion, à sa représentativité et à son indépendance...

Ces critères, qui délimitent les associations pouvant prétendre à un agrément, sont détaillés dans le Guide CISS du représentant des usagers du système de santé (1ère Partie – Chapitre 3, p.24/25 – Disponible en téléchargement sur le site du CISS : <http://leciss.org/download/partie1GuideCiss.pdf>).

2/ Quelle en est la procédure ?

L'agrément peut être demandé au niveau national ou régional.

Demande d'agrément national : le dépôt



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciss.org>

Assurance maladie

Couverture Maladie Universelle III :
aide à l'acquisition d'une
complémentaire santé

La CMU (couverture maladie universelle) comporte une couverture maladie de base (régime général de la sécurité sociale) et une couverture complémentaire sous conditions de ressources. Une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire complète le dispositif prévu.

Fiche CMU I : la CMU de base

Fiche CMU II : la CMU C (complémentaire)

Fiche CMU III : l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Sous condition de ressources, il est possible de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite : la CMUC, couverture maladie universelle complémentaire. En raison des plafonds fixés pour bénéficier de la CMUC, un « effet de seuil » exclut un grand nombre de personnes (bénéficiaires d'une AAH + complément logement par ex.), ce qui a été dénoncé par les associations sans succès.

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie a mis en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé qui remplace le précédent dispositif de 2002 qui était méconnu.

L'aide consiste en une prise en charge partielle des cotisations à la mutuelle pour les personnes qui dépassent le plafond fixé pour la CMUC de 15% max. soit 576,13€ au 1er juillet 2004. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit un relèvement du plafond pour les revenus dépassant jusqu'à 20% le plafond fixé pour la CMUC gratuite (effectif au 1er janvier 2007).

COMMENT CA MARCHE ?

L'aide est versée par la CPAM directement à l'organisme gestionnaire de la couverture maladie complémentaire. La demande doit être faite auprès de la C.P.A.M qui remet au demandeur une attestation de « droit à déduction » (formulaire S3714).

Cette attestation doit être produite à l'organisme complémentaire. Le droit à déduction est ouvert pour un an.

TEXTES DE REFERENCE

- Articles L863-1 à L863-6 du code de la sécurité sociale
- Articles R863-1 à R863-6 et R871-2 du code de la sécurité sociale

S'INFORMER



Santé Info Droits
0 810 004 333 : la
ligne d'information et
d'orientation du CISS
sur toutes les problématiques juridiques

et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h



Collectif Interassociatif Sur la Santé

5, rue du général Bertrand - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
<http://leciss.org>

SOMMAIRE

- 1/ Les conditions pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- 2/ Montant de l'aide

1- Les conditions pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

A/ Conditions des ressources

Le plafond de ressource pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est fixé en référence à celui du plafond prévu pour la C.M.U. complémentaire (il ne faut pas dépasser plus de 20% le plafond prévu pour la C.M.U. complémentaire).

Elle dépend également de la composition du foyer : cf. tableau ci-dessous.

B/ Conditions relatives à la nature des complémentaires santé pouvant faire l'objet d'une aide

L'aide peut être accordée y compris pour un contrat déjà souscrit. En revanche, sont exclus de l'aide à la mutualisation les mutuelles de groupe obligatoire.

De plus, pour éviter que l'aide ne soit accordée pour des contrats prévoyant des garanties insuffisantes, l'article R871-2 du code de la sécurité sociale prévoit des garanties minimum sans lesquelles les contrats ne peuvent être pris en charge au titre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (notion de « contrat responsable »).

2- Montant de l'aide

Le montant de l'aide est fixé à :

- 100 € par personne âgée de moins de 25 ans,
- 200 € par an par personne de 25 à 59 ans,
- 400 € par personne de 60 ans et plus.

TABLEAU PLAFOND DE RESSOURCES CMU COMPLEMENTAIRE ET AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE (montants en euros C)

			1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personnes sup.
Plafond de Ressources (pour la France métropolitaine)	CMU Complémentaire		598,23	897,35	1076,82	1256,29	239,29
	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	Jusqu'au 31/12/06	687,96	1031,95	1238,34	1444,73	275,18
		A partir du 01/01/07	717,88	1076,82	1292,18	1507,55	287,15

Les ressources à déclarer comprennent l'ensemble des ressources (imposables et non imposables), après déduction des cotisations sociales, de la CSG et de la CRDS, perçues par toutes les personnes composant le foyer à la date de la demande, au cours des 12 mois civils précédents.