

COMPLÉMENTAIRE-CMU ET ACS

La complémentaire-CMU (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C) est une protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sous condition de ressources, dont le contenu est défini par la loi. Elle vise à couvrir, en sus de l'assurance maladie (couverture de base), les assurés les plus pauvres. Les cotisations sont prises en charge par l'État et une contribution des organismes complémentaires (Fonds CMU). Elle peut être gérée soit par la caisse d'assurance maladie (assureur unique base et complémentaire), soit par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département. Le bénéfice de la CMU-C donne droit à des réductions tarifaires dans les transports en commun. La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits. L'aide à la complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée aux personnes dont les ressources dépassent jusqu'à 35% le plafond CMU-C, pour les aider à payer une partie des cotisations auprès d'un organisme complémentaire privé.



Voir aussi Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202, et Assurance maladie, p. 211

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION DE LA COMPLÉMENTAIRE-CMU

- **Pour pouvoir prétendre à la complémentaire-CMU, il faut :**
 - être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie (quelle que soit la porte d'entrée, c'est à dire avec ou sans activité professionnelle);
 - percevoir de faibles ressources (inférieures au montant du plafond national fixé par l'État).
- **Domiciliation et lieu de dépôt de la demande :**
voir Domiciliation, p. 135.



• **Quand demander ?** À tout moment, dès lors que l'on remplit les conditions. Les personnes pas encore « assurées » (entrant dans le système) doivent demander simultanément leur affiliation à l'assurance maladie et le bénéfice de la CMU C.

• **Formulaires de demande.** Il faut remplir au moins deux formulaires : Demande de CMU C et ACS (S3711) et Choix de l'organisme gestionnaire (S3712); éventuellement Choix de l'organisme pour un membre du foyer (S3713); téléchargeables sur le site Internet de l'assurance maladie www.ameli.fr.

CONDITIONS DE RÉSIDENCE HABITUELLE, D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE ET DE RÉGULARITÉ DU SÉJOUR

• **Les conditions de résidence, applicables à l'assuré et à ses ayants droit, sont identiques à celles d'un assuré sur critère de résidence.** L'étranger doit être en séjour « stable et régulier » (*voir Condition de résidence régulière, p. 214*) au sens de la couverture de base (art. R 861 1 qui renvoie sur les conditions applicables en « CMU de base »; les cas supplémentaires de dispense du délai d'ancienneté de présence de 3 mois sont rarement rencontrés en pratique; voir art. R 861 1 du CSS). Pour l'assuré, la condition de résidence est généralement déjà acquise par l'accès à l'assurance maladie (pour les titulaires d'une pension de retraite de droit français se réinstallant en France, *voir p. 282*). Les étrangers en séjour irrégulier mais assurés sociaux au titre du maintien des droits (*voir Maintien des droits, p. 225*) ne peuvent accéder à la complémentaire CMU faute d'être en séjour régulier (ils peuvent alors demander une AME partielle, *voir p. 262*). Les autres membres du foyer doivent être assurés pour la part obligatoire (base), éventuellement comme ayants droit de l'assuré bénéficiaire de la CMU C.

CONDITION DE RESSOURCES

• **La complémentaire-CMU n'est accessible qu'à l'assuré social pour lequel l'ensemble des ressources du foyer est inférieur à un plafond** (*voir tableau infra*). L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation.

• **Une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire « privée »** est possible pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond fixé par la CMU C de moins de 35 %, (*voir ACS, p. 239*).



- **Le montant du plafond varie selon la composition du foyer**

(nombre des personnes qui seront également couvertes) :

Plafonds de ressources annuels en complémentaire-CMU

selon la taille du foyer 31 décembre 2014 (voir mise à jour sur <http://www.cmu.fr/plafonds.php>)

Pensez à vérifier les montants à jour, en consultant en ligne l'article D 861-1 du CSS sur Legifrance ou le site www.ameli.fr

Plafonds	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	5 personnes	Par personne supplém.
Métrop.	8 645€	12 967€	15 560€	18 153€	21 611€	+ 3 457,807€
DOM*	9 621€	14 432€	17 318€	20 205€	24 053€	+ 3 848,539€

* La complémentaire-CMU n'est pas applicable à Mayotte (ni dans les collectivités d'outre-mer)

- **Le foyer du demandeur** se compose de son conjoint (y compris concubin ou pacsé), de ses enfants âgés de moins de 25 ans sous certaines conditions, et des autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à charge et rattachées au foyer fiscal du demandeur (art. R 861 2 CSS).

- **Les ressources prises en compte** se composent de l'ensemble des ressources du foyer nettes de prélèvements sociaux obligatoires (art. R 861 4 CSS). Ainsi, sauf rare exception, **tous les demandeurs d'asile ont droit à la complémentaire-CMU**. Les charges de pensions et obligations alimentaires sont déduites des ressources (art. R 861 9 CSS)

- **Les avantages en nature et le logement.** Les avantages en nature ne sont pas pris en compte dans le calcul des ressources. Toutefois, si le demandeur est hébergé gratuitement, bénéficiaire d'une aide au logement (ou plus rarement propriétaire de son logement), un montant forfaitaire mensuel est ajouté aux ressources du foyer (R861 5 CSS). Au 31 décembre 2014 : 61,12€ pour une personne seule ; 106,95€ pour deux personnes (122,23€ si aide au logement) ; 128,34€ pour trois personnes et plus (151,26€ si aide au logement).

- **Les ressources non prises en compte.** Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R 861 10 du CSS, notamment :

les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas



de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation;

l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments;

l'allocation de rentrée scolaire;

les primes de déménagement;

les majorations pour tierce personne, la prestation de compensation pour personne handicapée, l'allocation personnalisée d'autonomie;

l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail;

la prestation d'accueil du jeune enfant, à l'exception du complément libre choix d'activité;

les bourses d'études des enfants, sauf les bourses de l'enseignement supérieur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Circulaire ministérielle

DSS/2A/2008/181
du 6 juin 2008
relative aux modalités
d'application de la
procédure d'évaluation
des ressources selon
les éléments de train
de vie pour le
bénéfice de certaines
prestations sociales

Lettre ministérielle

DSS/2A du 8 avril
2008 relative aux
modalités d'application
des dispositions
du décret n° 2008 88
du 28 janvier 2008
intéressant la
complémentaire CMU
et l'ACS

• La période de référence : les douze mois précédant

la demande (art. R 861 8 CSS). Il faut noter que la nature des ressources comme la période de référence sont différentes de celles applicables pour l'étude de la cotisation au titre de la « CMU de base ». Le bénéficiaire de la complémentaire CMU est dispensé de cotisation pour la base (art. L 861 2 CSS) et donc de l'évaluation des ressources y afférant.

• **En cas de difficulté à produire des justificatifs**, les personnes en situation de précarité peuvent recourir à une déclaration sur l'honneur, comme l'indique expressément le 2^e alinéa de l'article R 861 16 du CSS.

• **Les règles relatives au contrôle du « train de vie »** n'ont en principe aucun lien avec l'étude des ressources à l'entrée dans le droit. Ce dispositif est en effet une création récente (loi du 21 déc. 2006) qui ne vise qu'un contrôle de la « disproportion » entre les ressources déclarées et le train de vie de la personne (art. L 861 2 1 CSS pour la complémentaire CMU).

DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'ADMISSION IMMÉDIATE « SI LA SITUATION L'EXIGE »

- **Pour les personnes démunies, seule l'admission à la complémentaire-CMU (ou à l'AME) garantit la dispense totale d'avance des frais, et donc l'accès aux soins.** La seule affiliation à la « base » ne le permet pas. Or le délai d'obtention de la complémentaire CMU en procédure normale peut durer jusqu'à 3 mois (*voir infra*).

- **L'admission immédiate à la complémentaire-CMU pour le demandeur « dont la situation l'exige » est un droit prévu par le Code de la Sécurité sociale** (art. L 861 5 4° CSS). Elle est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de la complémentaire CMU préalable aux soins est donc toujours possible et préférable aux « soins gratuits », souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Le dossier doit être complet (*voir infra*), avec une lettre du professionnel (médecin, travailleur social) pour appuyer la demande : « *L'état de santé de Mme/M. justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale* » et faire référence à la loi (art. L 861 5 4° CSS).

- **L'admission immédiate requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel,** lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défaussent en effet de cette procédure en adressant les demandeurs vers les dispositifs PASS (*voir PASS, p. 175*), voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au centre de Sécurité sociale (CSS) (plate forme téléphonique puis, si possible, standard du centre ou responsable du service ou correspondant spécifiquement identifié) pour identifier la nature du blocage, informer de la demande et du droit à l'admission immédiate. En cas de refus persistant, contacter le chef du centre de Sécurité sociale, et au besoin la hiérarchie de la caisse (CPAM/CGSS), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.



Admission immédiate : une circulaire ministérielle de référence

Circulaire ministérielle DSS/2A/99/701
du 17 décembre 1999, § IV

« Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés [...] qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toute disposition pour que cette notification de droit à la complémentaire soit délivrée dans la journée à l'intéressé. »

• Les interlocuteurs des CPAM/CGSS méconnaissent souvent le droit à l'admission immédiate à la complémentaire-CMU.

Il faut rappeler les éléments suivants :

pour la complémentaire CMU : selon la loi, *« lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire de santé est attribué, au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions [...] »* (art. L 861 5, 4^e al CSS);

pour les personnes n'ayant jamais ouvert de droit à un système français d'assurance maladie, la demande « d'admission immédiate à la complémentaire CMU » suppose le traitement simultané par la caisse de l'immatriculation, l'affiliation à la base et l'examen du droit à la complémentaire. Rappel : pour la couverture de base, le principe est supposé être *« l'affiliation sans délai »* (voir p. 223) et le *« bénéfice immédiat des prestations en nature »* (loi CMU, art. L 161 2 1 CSS);

l'admission immédiate n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

Guide des procédures CMU-C (Fonds CMU)

version juin 2006

« En cas d'urgence médico sociale, le droit au bénéfice de la CMU C est ouvert au 1^{er} jour du mois de la demande. Cette situation s'apprécie par divers moyens : dépenses de soins déjà engagées ou à venir à court terme, attestation de l'urgence par un travailleur social ou un professionnel de santé, famille avec jeunes enfants. Lorsque la demande de CMU C est en cours mais que la personne a un accident, la règle est d'ouvrir le droit au 1^{er} jour du mois en cours » (§ D 2.3.3 Rétroactivité des droits, p. 35).

DÉLAI D'OBTENTION EN CAS DE PROCÉDURE NORMALE

• **L'admission normale à la complémentaire-CMU peut prendre 3 mois.** Un délai maximal d'instruction s'impose à la caisse (art. L 861 5, 3^e al. CSS). Ce délai est de 2 mois à compter de la date de dépôt du dossier complet (art. R 861 16 CSS). Cependant, la protection ne commence ni à la date de la demande, ni à la date de décision de l'administration, mais au premier jour du mois qui suit la date de décision d'accord (art. L 861 6 CSS), après instruction du dossier. Le délai cumulé d'obtention est donc au maximum de 3 mois.

En cas de non réponse de la caisse pendant 2 mois, le demandeur bénéficie d'une décision implicite d'accord pour sa protection complémentaire (art. L 861 5, 3^e al. CSS), accord sans portée pratique, puisque, étant implicite, la décision n'est attestée par aucun document. De plus, l'absence de récépissé de dépôt de la demande interdit le plus souvent le bénéfice des décisions implicites d'accord. Il convient donc d'exiger la délivrance d'un reçu de dépôt de la demande conformément à l'article 19 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration. Ceci est confirmé par la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. II.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

• **La couverture de base, si elle était inexistante,** est dans tous les cas instruite simultanément par la caisse, afin de couvrir la même période que la protection complémentaire (si nécessaire, prévoir les justificatifs pour l'immatriculation et pour l'affiliation à la base).

• **Admission normale : aucune rétroactivité et pas de couverture pendant la période d'instruction.** Le droit étant ouvert « *au premier jour du mois qui suit la date de la décision* » (art. L 861 6 CSS), il n'y a donc pas de rétroactivité de la prise en charge. Les frais engagés pendant la période d'instruction ne seront donc pas couverts par la complémentaire CMU et le ticket modérateur restera dû.

• **L'admission immédiate : rétroactivité partielle avant la date de demande.** Les droits sont ouverts au premier jour du mois de dépôt de la demande (art. L 861 5, 4^e al.), ce qui se traduit par une rétroactivité de 1 mois au maximum, et la couverture des soins engagés pendant la durée de l'instruction.



- **Rétroactivité avant la date de demande pour les séjours à l'hôpital et facture.** Par dérogation, il y a rétroactivité pour les « séjours en établissement de santé », ce qui exclut au moins les soins en ville.

Rétroactivité

Circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. IV, p. 5

« La décision d'attribution du droit à la date du dépôt de la demande et la date d'effet :

[...] Le demandeur séjournant dans un établissement de santé peut ne pas avoir été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement. Il conviendra dans ce cas que l'établissement de santé établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais, la date d'entrée dans l'établissement de santé étant alors assimilée à la date de dépôt de la demande. »

La durée maximale de cette rétroactivité n'est fixée par aucun texte légal ou réglementaire. La CNAMTS et le Fonds CMU ont fixé ce seuil à 2 mois au maximum (lettre ministérielle du 3 oct. 2002, p. 11; Fonds CMU, *Guide des procédures CMU C*, juin 2006, p. 35). À réception d'une facture, pour faire jouer la rétroactivité, la demande peut être initiée par l'établissement de santé lui-même et, à défaut, par le demandeur, qui devra fournir à la caisse son « bulletin d'hospitalisation » (attestation de présence à l'hôpital).

Il est prudent d'orienter la personne vers le service social du service hospitalier qui a prodigué les soins pour qu'il saisisse la caisse. Le droit à la CMU C est ouvert à la date d'entrée dans l'établissement sous réserve du délai maximal de rétroactivité de 2 mois.

DURÉE DE LA PROTECTION : 1 AN INCOMPRESSIBLE

- **La loi prévoit que le droit à la complémentaire est ouvert par période de 1 an** (art. L 861 5, 5^e al. CSS). La notification doit donc impérativement ouvrir des droits pour une période incompressible de 1 an, même si le titre de séjour présenté dans le dossier est de courte durée.

- **De nombreuses caisses méconnaissent pourtant ce principe.** Il faut alors rappeler la lettre de la loi et deux textes



du ministère de la Santé (toujours en vigueur) :

selon la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 déc. 1999 §B IV « le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période de 1 an à compter de la date de la décision, même si l'intéressé dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant de la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à 1 an » ;

selon la circulaire ministérielle DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000 §C. I B « le droit à la protection complémentaire en matière de santé a été attribué pour une période de 1 an et ne peut être remis en cause pendant cette période. En conséquence, même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence au cours de cette période, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période de 1 an de droit ».

• **Il n'y a pas de maintien des droits au-delà de la période de 1 an.** Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire la demande (au moins 2 mois avant l'expiration du droit art. R 861 18 CSS). Si le demandeur laisse expirer sa complémentaire CMU plus de 1 mois après la date de fin, la caisse considère qu'il ne s'agit plus d'un renouvellement mais d'une nouvelle demande (idem AME ; voir CNAMTS, lettre réseau AME, 30 janv. 2008, LR DDO 22/2008 point 3.). Dans ce cas la nouvelle période de CMU C commencera, sauf procédure d'admission immédiate, le 1^{er} jour du mois suivant l'accord donné sur la nouvelle demande, laissant une période sans couverture complémentaire.

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE SESAM-VITALE

• **Les frais couverts par la complémentaire-CMU** sont définis par la loi (art. L 861 3 CSS) :

le ticket modérateur (exonération totale) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;

le forfait journalier (en cas d'hospitalisation) sans limitation de durée ;

au delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, **les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les lunettes** (verres et monture), les prothèses auditives, et les autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...).



- **En pratique :**

chez un auxiliaire médical (infirmier, masseur kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), il n'y a rien à payer sous réserve d'une prescription par un médecin ;

chez le dentiste, il n'y a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examen de contrôle), ni pour les prothèses dentaires **dans la limite des tarifs de la complémentaire-CMU**. L'entente préalable n'est nécessaire que pour l'orthopédie dento faciale ;

pour l'optique, le bénéficiaire a droit à un équipement de lunettes (deux verres et une monture de lunettes) gratuit par an, c'est à dire dans la période de 12 mois à compter de l'attribution de la CMU C. Le bénéficiaire ne paie rien pour les verres dans la limite des tarifs de la CMU C (54,58€ pour une correction simple et 137,20€ pour une correction complexe [2012]), sauf en cas de demande particulière (verres antireflets/verres incassables, lentilles). Il ne paie rien pour la monture de lunettes dans la limite du tarif fixé à 22,87€ [2012]. L'opticien est tenu de proposer une monture et des verres dans cette gamme de prix. Il doit préalablement établir un devis d'après la prescription médicale, lequel doit être adressé au CSS. Celui ci (ou l'organisme gestionnaire) notifiera sa décision de prise en charge.

les professionnels de santé en secteur 2, notamment les médecins et dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit à dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la complémentaire CMU, sauf en cas d'exigence particulière (rendez vous en dehors des heures habituelles, visite non justifiée). Ils sont également tenus de pratiquer le « tiers payant » intégral (*voir infra*). Les anomalies ou les refus de soins doivent être signalés au siège de la CPAM/CGSS.

- **La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral »** est un droit pour tous les bénéficiaires (art. L 861 3 CSS). Ils n'ont donc pas à déboursier d'argent chez les professionnels de santé, qui se font régler directement leurs honoraires par la caisse.

- **Le « parcours de soins coordonnés »** (*voir Lexique, p. 200*) **s'applique aux bénéficiaires de la CMU-C**. Le bénéficiaire qui n'aurait pas déclaré de médecin traitant, ou consulterait un médecin spécialiste sans être orienté par son médecin traitant, pourrait se voir appliquer une majoration du ticket modérateur.



- **La contribution forfaitaire de 1 euro n'est pas demandée aux bénéficiaires de la CMU-C.**

- **Carte Vitale :** les informations sur les droits à la complémentaire CMU y sont intégrées (mais pas l'Aide médicale État, sauf quand celle-ci est attribuée en complément de l'assurance maladie).

AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

- **L'ACS est une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire** destinée aux personnes exclues du bénéfice de la complémentaire CMU du fait de leurs ressources supérieures au montant du plafond de ressources. Il s'agit en pratique d'une réduction de la cotisation annuelle auprès d'un organisme de protection complémentaire (mutuelle, organisme de prévoyance ou assureur). L'organisme en question bénéficie, en contrepartie, d'un crédit d'impôt d'un montant équivalent à la réduction accordée. L'ACS est définie par les articles L 863 1 à L 863 6 du CSS.

- **Les conditions de résidence en France sont identiques à celles imposées pour la complémentaire-CMU**, notamment l'obligation de séjour régulier qui exclut les étrangers en séjour irrégulier en situation de maintien de droits à l'assurance maladie.

- **Condition de ressources :** les ressources annuelles du foyer doivent être comprises entre le plafond applicable en CMU C et ce même plafond majoré de 35 %.

Plafonds de ressources pour l'attribution de l'ACS au 31 décembre 2014 (voir mise à jour sur <http://www.cmu.fr/plafonds.php>)

Actualisation des montants sur le site www.ameli.fr

Nb de personnes composant le foyer	Plafond annuel de ressources	
	France métropolitaine	Départements d'outre-mer*
1 personne	11 670 €	12 989 €
2 personnes	17 505 €	19 483 €
3 personnes	21 006 €	23 380 €
4 personnes	24 507 €	27 277 €
5 personnes	29 175 €	32 472 €
par personnes supplémentaires	+ 4 668,040 €	+ 5 195,528 €

* Sauf Mayotte (et collectivités d'outre-mer) où ni la CMU-C ni l'ACS ne sont applicables.



Se renseigner auprès des guichets du réseau de transport local :

Île de France : carte Solidarité transport (75 % de réduction sur le prix des abonnements et 50 % sur les tickets) ;

Lyon : Pass Partout S, <http://www.tcl.fr/Tarifs-et-abonnements/S-abonner>

Marseille : tarifs sociaux, <http://www.rtm.fr/guide-voyageur/acheter/tarifs-sociaux#166>

Pour plus de renseignements

sur ces tarifs il est possible de contacter le 0800 333 123 (appel gratuit) pour le TPN de l'électricité, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h et le 0800 333 124 (appel gratuit) pour le TSS relatif à la fourniture de gaz naturel, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Rapports annuels d'observation,
www.comede.org

Observatoire du droit à la santé des étrangers,
Rapports d'observation,
www.odse.eu.org

• **Le montant de l'aide pour une complémentaire santé** varie selon l'âge du bénéficiaire apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours et est accordé par individu. Il faut présenter l'attestation d'accord à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, pour bénéficier de la réduction sur le contrat santé individuel envisagé ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Montants de l'aide pour une complémentaire santé au 20 janvier 2013

Actualisation des montants sur le site www.ameli.fr

Âge du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

• **La demande se fait auprès de la CPAM/CGSS** dans les mêmes conditions que pour la complémentaire CMU, soit avec le formulaire CMU C et ACS (S3712, recommandé), soit avec le formulaire ACS seule (S3715), accessibles en ligne sur le site Internet de l'assurance maladie (www.ameli.fr).

DROITS CONNEXES À LA CMU-C

• **La réduction dans les transports.** Les personnes et leurs ayants droit bénéficiaires de la complémentaire CMU (ou de l'AME) ou sous le plafond de ressources commun à ces deux prestations bénéficient du droit à une réduction du prix des transports dans les grandes agglomérations.

• **Les tarifs réduits d'électricité et de gaz.** Les assurés et leurs ayants droit bénéficiaires de la complémentaire CMU (mais pas les bénéficiaires de l'AME, même limitée à la part complémentaire) ont droit au tarif de première nécessité (TPN; électricité) et du tarif spécial de solidarité (TSS; gaz naturel). Il n'y a pas de démarche supplémentaire à accomplir, les coordonnées du bénéficiaire étant communiquées directement par la caisse au fournisseur d'électricité ou de gaz naturel.