

17b - La couverture maladie universelle (CMU)

La couverture maladie universelle (CMU) a été créée en 1999 pour assurer l'accès aux soins de tous.

La couverture maladie universelle comprend deux volets : le régime de base et le régime complémentaire.

Le régime de base garantit l'affiliation au régime général pour tous les résidents réguliers qui n'ont pas de couverture d'assurance maladie.

Le second volet, la couverture maladie universelle complémentaire, permet d'avoir droit à une complémentaire santé gratuite.

Pour aller plus loin :

Fiche pratique 17a « L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé »

Annexe « Formulaire cerfa n°11419*03 : CMU - demande de protection de base »

Annexe « Formulaire cerfa n°12504*02 de demande de la CMU complémentaire ou d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » → *Voir fiche 17a L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé*

Annexe « Formulaire cerfa n°11421*01 : CMU complémentaire - choix par le demandeur de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé »

Annexe « Formulaire cerfa n°11422*01 : CMU complémentaire - choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé »

17b - La couverture maladie universelle (CMU)

La couverture maladie universelle (CMU) permet, sous certaines conditions, l'accès à la couverture maladie du régime général aux personnes qui ne dépendent pas de cette protection à un autre titre.

I. Quelles sont les conditions d'attribution ?

Pour la CMU de base, il faut :

- ne pas avoir droit, à quelque titre que ce soit, aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou maternité
- résider de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer

Pour la CMU complémentaire, il faut :

- résider de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un plafond fixé et révisé chaque année

Composition du ménage	Métropole	DOM
1 personne	8.593 €	9.564 €
2 personnes	12.889 €	14.346 €
3 personnes	15.467 €	17.215 €
4 personnes	18.045 €	20.084 €
Par personne supplémentaire	3437,182€	3825,585€

(Au 1^{er} juillet 2013)

II. Quelles sont les modalités d'attribution ?

1/ La CMU de base :

La demande de CMU de base est faite, pour l'ensemble du foyer, comprenant le demandeur lui-même et ses ayants droit éventuels, à la caisse primaire d'assurance maladie du domicile.

Il est possible de se procurer les formulaires au centre communal d'action sociale (CCAS), au service départemental d'action sociale, auprès d'une association agréée ou d'un établissement de santé.

Il faut remplir la demande d'affiliation, complétée d'une déclaration de ressources annuelles, établie sur formulaire.

Une fois le dossier déposé, il est procédé à certaines vérifications et en particulier, si le demandeur ne relève pas d'un autre régime de sécurité sociale, auquel cas la caisse transmet le dossier à la caisse compétente.

2/ La CMU complémentaire

La demande de CMU complémentaire est faite pour l'ensemble du foyer à la caisse primaire d'assurance maladie du domicile, en remplissant le dossier de demande de prise en charge, comprenant également une déclaration de ressources annuelles et de composition du foyer et un formulaire pour choisir l'organisme d'affiliation. Chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit librement l'organisme qui assurera la gestion de sa CMU complémentaire.

Le dossier de demande est examiné par la caisse primaire d'assurance maladie. Elle informe la personne de sa décision dans un délai maximum de 2 mois suivant le dépôt de la demande. L'absence de réponse dans un délai de 2 mois vaut réponse favorable.

Si c'est un organisme complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance) qui a été choisi pour gérer la CMU complémentaire, la caisse d'assurance maladie informera directement cet organisme.

III. Comment est-on affilié ?

1/ La CMU de base :

La caisse primaire d'assurance maladie délivre au bénéficiaire une attestation provisoire de ses droits à la CMU de base dès la demande. Puis, après vérifications, elle adressera une attestation définitive de ses droits à la CMU de base ainsi qu'une carte vitale, ou l'invitera, le cas échéant à mettre à jour sa carte vitale. La con-

firmation par écrit sera aussi envoyée aux ayants droit éventuels.

Les personnes admises à la CMU de base ont droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux.

2/ La CMU complémentaire

Chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans reçoit une attestation, mentionnant l'organisme dont il dépend et la durée d'ouverture du droit.

Les droits sont ouverts au 1^{er} jour du mois suivant leur date d'attribution sauf en cas de situation sociale grave, ils peuvent être ouverts au 1^{er} jour du mois de la demande.

Ces droits ne sont ouverts que pour une période déterminée, en principe pour un an.

Il faut ensuite effectuer une demande de renouvellement au moins 2 mois avant la fin de la période pour laquelle ils ont été accordés.

La CMU complémentaire ouvre droit à la prise en charge, avec dispense d'avance de frais notamment du ticket modérateur, de la franchise médicale et du forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation.

IV Quelle est le montant de la cotisation ?

Dans le cadre de la CMU de base, les personnes sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond (9.356 € du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013). Ainsi, si les ressources sont inférieures à ce plafond, la personne est exonérée de cotisation.

Cette cotisation s'élève à 8% des revenus perçus au cours de l'année civile précédente, déduction faite du plafond annuel.

Des exonérations automatiques sont prévues pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et de la CMU complémentaire.

V. Quelles sont les voies de recours ?

1/ La CMU de base :

Si la personne souhaite contester un refus d'affiliation ou une décision d'assujettissement à la cotisation, elle doit s'adresser à la commission de recours amiable de la caisse de sécurité sociale qui a pris la décision contestée.

La personne dispose d'un délai de 2 mois à compter de la décision contestée pour la saisir. Cette contestation peut se faire sur papier libre, mais il est préférable de l'adresser par lettre recommandée avec avis de réception.

Si la réponse de la commission est négative, ou si la commission n'a pas répondu dans le délai d'un mois, la personne dispose alors de 2 mois pour saisir le tribunal des affaires de la sécurité sociale par lettre recommandée avec avis de réception, au secrétariat du tribunal de grande instance.

2/ La CMU complémentaire :

Si la personne souhaite contester une décision prise et notamment un refus du dispositif de protection complémentaire au titre de la couverture maladie universelle, elle doit s'adresser à la commission départementale de l'aide sociale (CDAS) dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision contestée.

Si la décision rendue par la commission départementale est défavorable et que la personne souhaite faire appel, c'est la commission centrale de l'aide sociale (CCAS) qui est compétente.

Textes de référence :

Articles L 380-1 à L 380-4 du code la sécurité sociale

Articles R 380-1 à R 380-9 du code la sécurité sociale

Articles D 380-1 à D 380-5 du code la sécurité sociale

Articles L 861-1 à L 861-10 du code la sécurité sociale

Articles R 861-1 à R 861-10 du code la sécurité sociale

Articles D 861-1 à D 861-6 du code la sécurité sociale

Pour en savoir plus :

<http://www.service-public.fr/>

<http://www.ameli.fr/>