



DIRECTION DU DEVELOPPEMENT ET DE L'OFFRE DE SERVICE  
Service juridique droit des personnes et des structures

---

## 17b – La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

---

La couverture maladie universelle complémentaire est accordée gratuitement aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond annuel.

**Pour aller plus loin :**

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

- Annexe « Formulaire cerfa n°12504\*04 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\*02 : CMU complémentaire - choix par le demandeur de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé »

- Annexe « Formulaire cerfa n°11422\*02 : 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 complémentaire**

*La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet, sous certaines conditions, de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite et renouvelable.*

### **I. Quelles sont les conditions d'attribution ?**

Pour la CMU complémentaire, il faut :

- résider de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer (sauf Mayotte) depuis plus de 3 mois
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un plafond fixé et révisé chaque année

<b>Composition du ménage</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>
Personne seule	8.653,16 €	9.631 €
2 personnes	12.980 €	14.446 €
3 personnes	15.576 €	17.336 €
4 personnes	18.172 €	20.225 €
Par personne en +	3.461,264 €	3.852,387 €

(Au 1<sup>er</sup> avril 2016)

### **II. Quelles sont les modalités d'attribution ?**

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 ?**

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<sup>er</sup> jour du mois suivant leur date d'attribution sauf en cas de situation sociale grave, ils peuvent être ouverts au 1<sup>er</sup> 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.

**DIRECTION DU DEVELOPPEMENT ET DE L'OFFRE DE SERVICE**  
**Service juridique droit des personnes et des structures**

**IV L'intéressé est-il soumis à une cotisation ?**

Contrairement à une complémentaire santé habituelle (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance), vous ne payez aucune cotisation. La CMU complémentaire est entièrement gratuite.

**V. Quelles sont les voies de recours ?**

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 peut effectuer un recours gracieux auprès de son organisme d'assurance maladie dans les 2 mois suivants la réception.

Elle peut également 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 L861-1 à L861-10 du code de la sécurité*

*Articles R861-1 à R861-10 du code de la sécurité sociale*

*Articles D861-1 à D861-6 du code de la sécurité sociale*

*Arrêté du 16 mai 2014 relatif aux prestations permettant aux étudiants de bénéficier de la CMU-C*

*Décision du 9 janvier 2015 listant les organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle complémentaire pour 2015*

**Pour en savoir plus :**

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

<http://www.ameli.fr>