

17a - L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

La couverture maladie universelle (CMU) a été créée pour permettre un accès universel aux soins. Cependant, le plafond de ressources mis en place dans le cadre de la CMU complémentaire écarte de son bénéfice certaines personnes disposant de ressources légèrement supérieures à ce plafond, alors même qu'elles n'ont pas la possibilité d'avoir recours à une complémentaire privée.

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé destinée aux personnes qui dépassent de 26 % le plafond de ressources permettant l'accès à la CMU complémentaire a été mise en place.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ouvre droit à une déduction sur la cotisation auprès de votre organisme de protection complémentaire de santé par le biais d'une attestation-chèque. Vous bénéficiez également de la dispense d'avance de frais lors de vos consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Pour aller plus loin :

Fiche pratique 17b « La couverture maladie universelle (CMU) »

Annexe « Formulaire cerfa n°12812*02 de demande d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé »

Annexe « Formulaire cerfa n°12504*03 de demande de la CMU complémentaire ou d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé »

17a - L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Cette aide consiste en une attestation-chèque (c'est-à-dire une attestation du droit à l'aide pour une complémentaire santé comprenant un chèque pour une complémentaire santé) permettant une réduction forfaitaire sur le montant de la prime ou la cotisation à payer à une mutuelle, une assurance, ou une institution de prévoyance, au choix du bénéficiaire.

I. Quelles sont les conditions d'attribution ?

1/ Condition de résidence :

Les personnes doivent, sauf dérogations, justifier qu'elles résident en France de manière stable, c'est-à-dire ininterrompue depuis plus de 3 mois. Le séjour sur le territoire français doit en outre être régulier.

2/Condition de ressources :

Les ressources du foyer ne doivent pas dépasser un plafond déterminé. Les ressources prises en compte sont les mêmes que celles considérées pour l'ouverture du droit à une CMU complémentaire, à savoir l'ensemble des ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non imposables, après déduction des cotisations sociales, de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois qui précèdent la demande. Certaines allocations sont expressément exclues, notamment l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments, la majoration pour tierce personne, l'allocation compensatrice tierce personne.

Les personnes bénéficient de cette aide, si leurs ressources dépassent de 35 % maximum le plafond de ressources de la CMU complémentaire : leurs ressources doivent donc être comprises entre le plafond prévu pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 35 %. Soit au 1^{er} janvier 2012 :

Composition du ménage	Métropole	DOM
1 personne	11 600 €	12 911 €
2 personnes	17 401 €	19 367 €
3 personnes	20 881 €	23 240 €
4 personnes	24 361 €	27 114 €

Au-delà, par personne à charge supplémentaire	4 640 €	5 165 €
---	---------	---------

Consultez la fiche pratique 17b « la couverture maladie universelle (CMU) ».

II. Quelles sont les modalités d'attribution ?

Pour effectuer une demande d'aide pour une complémentaire santé, vous devez déposer à la caisse primaire d'assurance maladie de votre domicile soit le formulaire « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé », soit le formulaire intitulé « Aide pour une complémentaire santé », si vous êtes certains de ne pas pouvoir bénéficier de la CMU complémentaire.

Vous joindrez à ce formulaire les pièces justificatives nécessaires et complétez votre déclaration de ressources des 12 mois civils précédents votre demande.

Attention ! Il faut remplir un seul formulaire de demande par foyer. La demande concerne le demandeur, son conjoint ou son concubin ou son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS), les enfants ou toute autre personne à charge de moins de 25 ans.

Après instruction du dossier, la caisse dispose d'un délai de 2 mois à compter de la réception de la demande pour faire connaître la décision. En l'absence de réponse dans ce délai, le silence de la caisse vaut décision de rejet.

La caisse doit en principe motiver sa réponse par des considérations de droit et de fait. La notification doit aussi mentionner les délais et voies de recours avec l'adresse des juridictions compétentes.

En cas d'admission, la caisse adresse à chaque membre du foyer âgé de plus de 16 ans une

attestation-chèque individuelle.

Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou un assureur, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue. Le bénéficiaire de l'attestation de droit est libre de choisir l'organisme complémentaire. Par principe, l'aide ne peut être accordée que dans le cadre d'un contrat individuel.

La personne qui l'a obtenue dispose donc d'un délai de 6 mois pour la faire valoir auprès d'un organisme de protection sociale. Si la personne concernée n'a pas choisi d'organisme de couverture complémentaire santé au terme de ces 6 mois, un nouveau dossier de demande devra alors être déposé.

L'aide est attribuée pour un an, renouvelable. C'est à l'intéressé de faire la demande (si possible entre 2 et 4 mois avant la date d'échéance), la caisse d'assurance maladie n'étant pas en mesure de connaître la période de demande de renouvellement puisque le bénéficiaire dispose de 6 mois pour faire valoir son droit.

La caisse essaiera dans toute la mesure du possible d'éviter toute rupture de droit.

III. Quel est le montant de l'attestation-chèque ?

Le montant de la déduction varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer couvert par le ou les contrats.

Age du bénéficiaire	Montant de la réduction par an et par personne
moins de 25 ans	100 euros
de 25 à 49 ans	200 euros
de 50 à 59 ans	350 euros
60 ans et plus	550 euros

Le montant de cette aide vient en déduction du montant annuel de la prime ou de la cotisation

de votre couverture maladie complémentaire.

IV. Quelles sont les voies de recours ?

Les recours contentieux doivent être portés dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision (ou à compter de la naissance d'une décision implicite de rejet, 2 mois après le dépôt de votre demande) devant la commission départementale d'aide sociale.

Textes de référence :

Loi n°2004-810 du 13 Août 2004 article 56

Articles L.863-1 et suivants du code de la sécurité sociale

Articles R.863-1 et suivants du code de la sécurité sociale

Pour en savoir plus :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13375.xhtml>

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante/les-conditions-pour-en-beneficier.php>