



Extract of Accompagnement vers l'emploi

<http://emploi.spf75.org/Couverture-Sociale-Universelle-CMU>

Couverture Sociale Universelle (CMU)

- Aides Sociales

- Santé

-



Publication date: mardi 22 avril 2008

Copyright © Accompagnement vers l'emploi - Tous droits réservés

04/09/06

COUVERTURE SOCIALE UNIVERSELLE (C.M.U.)

La couverture maladie universelle (CMU) assure aux personnes dont les revenus sont les plus faibles et qui ne bénéficient pas d'une protection sociale dans un régime obligatoire :

- " le rattachement au régime général d'assurance maladie ;
- " l'obtention, sous condition de ressources, d'une couverture complémentaire santé gratuite comprenant : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, le remboursement - dans une certaine limite - des frais de prothèse, d'orthopédie dentaire et de lunettes ;
- " la dispense d'avance des frais médicaux pour toutes les prestations prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité et pour les frais ci-dessus.

Sites Internet à consulter :

- ▶ [Le site officiel de la Couverture Sociale Universelle](#)
 - ▶ [L'article CMU sur le site de Wikipédia](#)
-

Qui peut en bénéficier ?

Rattachement au régime d'assurance maladie

- " Est affiliée, automatiquement et immédiatement, au régime général par une caisse primaire d'assurance maladie, dès qu'elle en fait la demande, toute personne :
 - o ne bénéficiant pas des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité, à titre personnel ou en qualité d'ayant droit (enfant, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS) ;
 - o et résidant légalement, de façon stable et régulière, en France métropolitaine ou dans un DOM.
- Le conjoint ou concubin s'il est ayant droit du bénéficiaire de la CMU profite également de la CMU. Le statut d'ayant droit a été élargi.

A noter : les personnes n'ayant pas de résidence régulière en France peuvent prétendre à l'aide médicale de l'État.

- " Sont exclus de ce dispositif :
 - o les étudiants et ministres du culte qui conservent leur régime spécifique ;
 - o les membres du personnel diplomatique ;
 - o les personnes séjournant en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;
 - o les travailleurs frontaliers résidant en France lorsqu'ils sont affiliés à un régime d'assurance maladie dans l'État où ils travaillent ;
 - o les retraités d'organisations internationales non titulaires d'une pension française s'ils sont déjà couverts par un régime.

Couverture complémentaire santé

Pour en bénéficier, il faut :

- " résider de manière stable et régulière en France métropolitaine ou dans un DOM (depuis plus de 3 mois) ;
- " disposer de ressources (ressources imposables après déduction des charges liées au versement des pensions et obligations alimentaires) inférieures à un plafond (voir barème).

A signaler :

" Les personnes même affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité de Sécurité sociale (artisans, commerçants...), mais disposant de faibles ressources peuvent accéder à cette couverture complémentaire santé gratuite.

" Les bénéficiaires du RMI et les personnes vivant à leur domicile, ont automatiquement droit à cette couverture.

" Les mineurs de 16 ans ou plus, en situation de rupture familiale, peuvent prétendre à cette couverture s'ils en font la demande et sur décision du préfet. Une action en récupération peut être exercée à l'encontre des parents si ceux-ci disposent de ressources dépassant le plafond.

Que faut-il faire ?

Rattachement au régime d'assurance maladie

Il faut :

" déclarer à sa caisse primaire d'assurance maladie que l'on ne bénéficie pas des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité ;

" et justifier de son identité et de sa résidence stable et régulière par une carte d'identité ou un titre de séjour pour les étrangers en situation régulière.

Les services sociaux, associations et organismes à but non lucratif agréés par le préfet et les établissements de santé peuvent apporter leur aide pour la réalisation des démarches nécessaires à l'affiliation.

Dès le dépôt de la demande, la personne est affiliée sans délai au régime général par l'intermédiaire de la CMU. L'accès aux prestations en nature (remboursement des consultations, soins médicaux, médicaments) est alors immédiat et automatique.

Les personnes sans domicile fixe doivent se faire domicilier auprès d'un organisme agréé ou auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

La CPAM recherche ensuite si le demandeur peut relever d'un autre régime d'assurance maladie et maternité. Si tel est le cas, elle l'affilie automatiquement à cette caisse sans qu'il y ait d'interruption du droit aux prestations. Il continue de bénéficier gratuitement des prestations en nature si sa situation financière le justifie.

Couverture complémentaire santé

" Le demandeur doit déposer sa demande - une par foyer - à la caisse dont il dépend (caisse primaire d'assurance maladie, caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés...). Celle-ci vérifie ses droits et rend sa décision dans un délai de 2 mois. Sans réponse dans ce délai, le demandeur est automatiquement affilié.

A signaler : en cas d'urgence sanitaire, la décision d'octroi de la couverture complémentaire peut être prise dès le dépôt de la demande. Elle est alors provisoire (3 mois).

" Le bénéficiaire choisit, dans une liste, l'organisme qui assurera sa couverture complémentaire entre : une caisse d'assurance maladie, une mutuelle, une société d'assurance ou une institution de prévoyance. Aucun de ces organismes ne peut refuser l'adhésion ou l'affiliation d'un bénéficiaire de la CMU.

A noter : chaque membre appartenant à la famille du bénéficiaire peut choisir l'organisme qui lui convient.

" La couverture complémentaire est accordée pour une durée d'un an renouvelable aussi longtemps que les conditions d'attribution sont remplies. Lorsqu'elle ne peut plus être accordée, le bénéficiaire se voit proposer une prolongation, l'année suivant sa sortie du dispositif, à un tarif spécial.

A signaler : Les personnes déjà couvertes par un organisme complémentaire lorsque leur droit à la CMU est reconnu peuvent :

o soit obtenir la modification de leur contrat pour que les règles de la couverture complémentaire CMU leur soient appliquées ;

o soit résilier la garantie initialement souscrite si l'organisme complémentaire ne fait pas partie de la liste de ceux qui participent à la CMU.

Dans les deux cas, elles peuvent obtenir le remboursement des primes versées au prorata de la durée restant à

courir.

Attention : il n'est pas possible de modifier ou résilier le contrat initial de protection complémentaire lorsque l'on bénéficie d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. Dans les deux cas, elles peuvent obtenir remboursement des primes versées au prorata de la durée restant à courir.

Quels sont les frais ?

Pour bénéficier de la CMU :

Toute personne dont les ressources sont inférieures à un plafond mensuel (voir barème) bénéficie gratuitement des prestations en nature du régime d'assurance maladie et maternité ; lorsque les ressources dépassent ce plafond, le bénéficiaire doit payer une cotisation dont le montant est proportionnel à son revenu.

A signaler : toute personne continue à bénéficier des prestations en nature même si elle n'est pas en mesure de payer ses cotisations. Mais les prestations sont suspendues si le bénéficiaire est de mauvaise foi.

Pour bénéficier de la complémentaire santé :

Toute personne dont les ressources sont inférieures à un plafond mensuel (voir barème) bénéficie des prestations accordées dans le cadre de la « complémentaire santé ».

Bon à savoir

Le régime de l'assurance personnelle maladie est supprimé, mais l'assurance volontaire vieillesse et invalidité demeurant en vigueur.

L'aide médicale est également supprimée. Les personnes titulaires de l'aide médicale ont de plein droit accès à la CMU complémentaire jusqu'à la fin de la période durant laquelle elles étaient couvertes par l'aide médicale.

Seule subsiste une forme d'aide médicale (dite de l'Etat) qui est destinée :

- " aux étrangers en situation irrégulière, dont les ressources ne dépassent pas les plafonds prévus pour prétendre à la couverture complémentaire CMU ;
- " aux personnes soignées sur le territoire national pour des raisons humanitaires.