



**SÉCURITÉ
SOCIALE**

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE



2020

SÉCURITÉ SOCIALE

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

| | |
|---|-------|
| AVANT-PROPOS | p. 3 |
| CMU-C ACS, PETIT RETOUR SUR LES DEUX PREMIERS DISPOSITIFS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ | p. 5 |
| LA NOUVELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, OU LA RÉFORME DE LA CMU-C ACS | p. 7 |
| L'ACCOMPAGNEMENT DES ASSURÉS | p. 15 |
| CONCLUSION | p. 16 |
| GLOSSAIRE | p. 17 |
| POUR EN SAVOIR PLUS | p. 18 |

AVANT-PROPOS

La complémentaire santé solidaire a remplacé, depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide pour une complémentaire santé). Cette nouvelle complémentaire santé, qui offre globalement la même couverture pour les bénéficiaires de la CMU-c, s'ouvre aux publics, moins précaires, auparavant éligibles à l'ACS.

Avoir une « mutuelle » – plus précisément une assurance complémentaire santé – est devenu déterminant pour bénéficier d'une bonne qualité de soins. En effet, le remboursement des soins, bien que largement supporté par l'assurance maladie obligatoire (cf. glossaire) qui continue d'exercer un rôle dominant dans ce domaine, nécessite, pour une prise en charge plus complète, l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire santé.

En France, la couverture complémentaire joue donc un rôle de co-payeur en prenant en charge la partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire ("la sécu"). Autrement dit, deux acteurs remboursent un même soin.

Dans d'autres pays, la complémentaire santé permet soit de financer un type de soins différents (prothèse, optique), soit de bénéficier de modalités dérogatoires au parcours normal de soins (coupe fil, accès direct à un réseau de médecins spécialistes).

La France a fait le choix d'une organisation très spécifique dans laquelle la même dépense de soins a vocation à être couverte pour partie par l'Assurance maladie et, pour partie par une assurance complémentaire.

L'objectif des couvertures complémentaires (en France) est de diminuer le reste à charge des assurés. Aujourd'hui, 90% de la population dispose d'une couverture maladie complémentaire contre 70% en 1981. S'il est indéniable que la couverture complémentaire santé s'est largement diffusée dans l'ensemble de la population, elle reste souvent fonction du niveau de vie. Actuellement, les personnes aux plus faibles revenus demeurent les moins bien couvertes et ont moins recours aux soins : les personnes non-couvertes sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Parmi les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, le premier motif de non-recours évoqué est le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats de complémentaire santé. L'obstacle financier concerne 53% des personnes non-couvertes.

C'est pour cette raison que les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place des dispositifs de complémentaire santé publics. Créés à la fin des années 1990, ces dispositifs avaient pour vocation de couvrir le reste à charge des populations les plus modestes ou de leur proposer une aide pour souscrire un contrat de complémentaire santé privé en encadrant les prix et les garanties proposés. Ces deux dispositifs étaient la couverture maladie universelle complémentaire, CMU-c (cf. glossaire) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS (cf. glossaire).

Si la CMU-c a permis dès son origine de couvrir une partie importante de la population, l'ACS a, quant à elle, connu une évolution plus contrastée. Malgré de multiples réformes qui ont certes amélioré les prix de souscription et les garanties proposées par les contrats, force est de constater que l'ACS n'a jamais véritablement rencontré le public qu'elle ambitionnait de couvrir. Un taux élevé de non-recours à cette aide a persisté. Diverses raisons ont été avancées pour expliquer ce phénomène : la faible connaissance du dispositif, le manque de lisibilité de l'articulation entre la CMU-c et l'ACS, la lourdeur des tâches administratives à accomplir, et des restes à charge trop élevés sur certains postes de soins.

Face à ce constat d'échec, les pouvoirs publics ont décidé d'une refonte totale du dispositif. L'article 52 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2019 a créé la complémentaire santé solidaire (CSS). Cette réforme a deux conséquences directes :

- l'extension de la couverture actuelle de la CMU-c aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS,
- et la suppression de l'ACS.

Pour mieux comprendre les apports et les nouveautés apportés par la réforme de la complémentaire santé solidaire, il nous faut effectuer un bref détour sur la CMU-c et l'ACS.

CMU-C ET ACS, PETIT RETOUR SUR LES DEUX PREMIERS DISPOSITIFS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

1999 : LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

Dans un objectif de meilleur accès aux soins des personnes aux bas-revenus, la loi du 27 juillet 1999 a instauré un dispositif public de couverture santé gratuite sous condition de ressource : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

La CMU-c donnait droit aux personnes dont les ressources étaient inférieures à 746 euros par mois (au 1^{er} avril 2019) à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Les assurés n'avançaient aucun frais sur leurs dépenses de santé : la consultation était directement réglée par les organismes d'assurance maladie et l'organisme en charge de la gestion de leur CMU-c. De plus, la CMU-c incluait des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes et les prothèses auditives permettant de couvrir à 100 % les dépenses de soins ou d'acquisition des équipements. La CMU-c était valable un an et pouvait être renouvelée si les conditions de ressources de l'assuré n'avaient pas changé.

2004 : L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Afin de couvrir la fraction des personnes les plus démunies n'ayant pas de protection complémentaire santé d'entreprise et ne pouvant bénéficier de la CMU-c car se situant à un niveau de ressources supérieures au plafond fixé pour bénéficier de la CMU-c, un second dispositif a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie : une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) .

Les assurés qui avaient un niveau de ressources contenues entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35% pouvaient faire une démarche en vue de bénéficier de l'ACS. L'ACS donnait droit, durant un an, à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé choisi parmi une liste établie d'organismes complémentaires, permettant ainsi de réduire le montant de la cotisation annuelle.

Le montant de l'ACS variait en fonction de l'âge des personnes composant le foyer :

- 100 euros pour les moins de 16 ans,
- 200 euros pour la tranche d'âge comprise entre 16 et 49 ans,
- 350 euros pour les personnes âgées de 50 à 59 ans,
- et 550 euros pour les plus de 60 ans.

Cette aide permettait de réduire de moitié la charge de la cotisation annuelle, voire dans certains cas de la prendre intégralement en charge.

CMU-C ACS : QUELLE COUVERTURE ?

Les patients bénéficiant de la CMU-c et de l'ACS avaient communément droit à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, quel que soit le médecin, et même si ce dernier pratiquait des honoraires libres. Les professionnels de santé devaient respecter un tarif maximum pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

De plus, les bénéficiaires de l'ACS pouvaient choisir entre trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète, notamment pour l'optique et les prothèses dentaires :

- le contrat A prenait en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prenait en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C prenait en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

BILAN

La CMU-c et l'ACS ont été mises en place pour fournir une couverture santé à une partie importante de la population non-couverte par les complémentaires santé traditionnelles (contrats individuels ou collectifs d'entreprise). Cependant, dans la pratique, CMU-c et ACS ne sont pas vraiment parvenues à couvrir l'intégralité des personnes les plus vulnérables. Les deux dispositifs publics ont en effet pâti d'un taux de non-recours important : environ 1/3 des bénéficiaires potentiels de la CMU-c et plus de la moitié pour l'ACS n'y recouraient pas (chiffres pour 2018).

LA NOUVELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, OU LA RÉFORME DE LA CMU-C ACS

L'article 52 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2019 a créé la complémentaire santé solidaire (CSS). Depuis le 1^{er} novembre 2019, CMU-c et ACS ont disparu ; la nouvelle complémentaire santé solidaire remplace la CMU-c et s'ouvre aux bénéficiaires de l'ACS.



À savoir !

La suppression de l'ACS est progressive :

- * il a été impossible de souscrire à un contrat ACS après le 31 octobre 2019 ;
- * les contrats ACS en cours continuent d'aller jusqu'à leur terme.

L'ACS disparaîtra donc complètement au plus tard fin octobre 2020.

Ce nouveau dispositif ne change rien pour les bénéficiaires de la CMU-c. En revanche, les bénéficiaires de l'ACS ou les personnes potentiellement éligibles à cette aide pourront bénéficier de la complémentaire santé solidaire en contrepartie d'une participation financière maîtrisée, définie en fonction de l'âge.

DISPOSITIF SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE

À l'instar de la CMU-c, le dispositif de la complémentaire santé solidaire est **gratuit** pour les personnes ayant des ressources ne dépassant pas un certain plafond (voir tableau ci-après, partie conditions).

La complémentaire santé solidaire couvre ainsi, à hauteur de **100%** des tarifs opposables de la sécurité sociale, un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux). En outre, la complémentaire santé solidaire comprend des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, auditives, les lunettes ainsi que d'autres dispositifs médicaux.

Dans un objectif d'accès aux soins, les bénéficiaires du dispositif sont **dispensés d'avancer les frais** (tiers-payant) et sont **exonérés de la participation forfaitaire de 1 euro**, ainsi que des **franchises médicales**. De leur côté, les professionnels de santé, tous secteurs de conventionnement confondus, ne peuvent facturer de dépassement d'honoraires.

DISPOSITIF AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE

Pour les personnes ayant des ressources situées entre les plafonds de l'ancienne CMU-c et ces plafonds majorés de 35%, le dispositif de la complémentaire santé solidaire donne lieu à une participation financière. Cette participation financière, plafonnée à 1 euro par jour, par personne, varie selon l'âge du bénéficiaire.

Cas particulier ! Les personnes qui obtiennent le RSA pendant la période de couverture de santé solidaire avec participation financière basculent de manière immédiate et automatique vers la CSS sans participation financière comme c'était le cas auparavant avec la CMU-c.



À savoir !

La complémentaire santé solidaire avec participation financière offre le même niveau de garantie que la complémentaire santé sans participation financière.

Quelle participation financière pour bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ?

| MONTANT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE | | |
|--|----------|-----------|
| Tranche d'âge | Mensuel | Annuel |
| 29 ans et moins | 8 euros | 96 euros |
| 30 à 49 ans | 14 euros | 168 euros |
| 50 à 59 ans | 21 euros | 252 euros |
| 60 à 69 ans | 25 euros | 300 euros |
| 70 ans et plus | 30 euros | 360 euros |

Exemples de calculs du montant de la participation à la complémentaire santé solidaire (CSS) :

- Un couple de 40 et 41 ans avec deux enfants de 10 et 15 ans paiera 44 € par mois (= 2 x 14 € pour le couple + 2 x 8 € pour les enfants).
- Un couple de 59 et 61 ans sans enfant à charge paiera 46 € par mois (= 21 € + 25 €).

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Pour rappel, les bénéficiaires de l'ACS ont dû assumer des prix de contrat au montant variable et parfois élevé. C'était particulièrement le cas des personnes âgées qui ont dû, pour certaines, payer des cotisations très élevées. Le montant maximum d'aides délivré par l'ACS qui était de 550 euros par an ne couvrait que très partiellement les fortes primes demandées aux personnes âgées pour souscrire un contrat.

En 2018, les restes-à-payer sur les primes des contrats souscrits s'élevaient à 201 € par an en moyenne et jusqu'à 700 € pour les plus âgés ayant souscrit à un niveau de garanties élevé (contrat C).

Le nouveau dispositif plafonne les participations à partir de 70 ans à 30 euros par mois, soit 360 euros par an.

POSITION CFTC

La CFTC a soutenu cette réforme qui bénéficie particulièrement aux retraités modestes, qui devaient auparavant dépenser des sommes importantes pour leur complémentaire santé.

UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE CERTAINS SOINS (DENTS, YEUX, ...)

Il est vrai que beaucoup d'assurés à la CSS s'acquittent d'une cotisation plus élevée qu'avec le dispositif ACS. Néanmoins, ce supplément de cotisation à verser est compensé par une meilleure prise en charge des soins prothétiques dentaires, du recours à l'optique ou à l'audiologie.

En effet, outre les soins de base (consultations chez un professionnel de santé, hospitalisations, médicaments, analyses médicales...), le **panier de soins** (cf. glossaire) de la complémentaire santé solidaire intègre les lunettes, prothèses dentaires et auditives du panier **100 % santé** (cf. glossaire). Ce dernier comprend un large choix d'équipements et de soins répondant aux besoins de santé pour lesquels le reste à charge pouvait être élevé dans le cadre du dispositif ACS. Les bénéficiaires de la CSS ont donc accès, sans reste à charge, aux mêmes prestations que le reste de la population.

La couverture de la complémentaire santé solidaire étant plus large que celle de l'ACS, cela permet à l'ensemble des personnes qui étaient couvertes par l'ACS de migrer vers un contrat proposant un niveau de garantie supérieur au contrat « C » de l'ACS et sans aucun reste à charge.

Dans ses calculs, le ministère de la Santé et des Solidarités estime, qu'en moyenne, l'économie pour l'assuré se situera autour de :

- 100 euros pour une couronne céramo-métallique ;
- 300 euros dans le cas d'un équipement optique complexe ;
- 2 000 euros dans le cas d'un équipement complet d'audioprothèses.

QUELLES CONDITIONS POUR EN BÉNÉFICIER ?

La complémentaire santé solidaire s'adresse à **tous les assurés des régimes de sécurité sociale** (régime général, **MSA** (cf. glossaire) ...) **ayant des ressources légèrement en dessous du seuil de pauvreté et inférieures à un certain seuil fixé selon la composition du foyer.**

Le plafond est majoré dans les départements d'outre-mer (DOM) (+ 11,3%).



À noter !

La complémentaire santé solidaire conserve logiquement les plafonds qui étaient en vigueur pour la CMU-c et l'ACS.

Les bénéficiaires doivent avoir une **résidence stable et régulière sur le territoire français.**

La complémentaire santé solidaire est accordée **pour un an.**

Au total, ce sont **10 millions de personnes qui sont éligibles** pour être prises en charge par la complémentaire santé solidaire. On compte, parmi elles, la majorité des titulaires de **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** (cf. glossaire), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en situation de pauvreté, les bénéficiaires du **RSA** (cf. glossaire), ou encore les retraités modestes qui perçoivent **l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)** (cf. glossaire), l'Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) ou le minimum vieillesse.

POSITION CFTC

Pour la CFTC, c'est un progrès. En effet, avec l'ancien système, si le niveau de ressources des personnes qui demandaient la CMU-c dépassait le plafond CMU-c, leur caisse les informait de leur éligibilité à l'ACS, ce

qui revenait parfois, pour 1 euro de ressources « en trop », à devoir assumer des restes à charge bien plus élevés que les bénéficiaires de la CMU-c ; cet effet de seuil était souvent mal compris.

PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES AU 1^{ER} NOVEMBRE 2019 EN MÉTROPOLE

| Nombre de personnes composant le foyer | Plafond annuel complémentaire santé solidaire sans participation financière | Plafond annuel complémentaire santé solidaire avec participation financière |
|--|---|---|
| 1 personne | 8 951 € | 12 084 € |
| 2 personnes | 13 426 € | 18 126 € |
| 3 personnes | 16 112 € | 21 751 € |
| 4 personnes | 18 797 € | 25 376 € |
| Au-delà de 4 personnes | + 3 580,38 € par personne supplémentaire | + 4 833,52 € par personne supplémentaire |



À noter !

Les revenus du patrimoine et les produits de placement imposables ainsi que les pensions et obligations alimentaires sont pris en compte : ce sont ceux figurant dans le dernier avis d'imposition connu. En revanche, les bourses d'études accordées sous conditions de ressources ne figurent plus dans les ressources prises en compte.

FORMALITÉS : QUELLES DÉMARCHES POUR BÉNÉFICIER DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

1. Se procurer auprès de l'assurance maladie le formulaire de demande

La demande de complémentaire santé solidaire s'effectue en se rendant dans une caisse primaire d'assurance maladie ou en ligne (connexion au compte ameli.fr).

2. Rassembler les justificatifs

Les pièces et justificatifs à fournir sont :

Pour tout le monde :

- un avis d'imposition ou un avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ;

Pour les assurés possédant un bien non loué bâti ou non bâti :

- un avis de taxe foncière,
- un avis de taxe d'habitation ;

Pour les assurés ayant résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents :

- les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concerné(s) ;

Pour les assurés ayant demandé le **RSA** (cf. glossaire) et/ou si un des membres du foyer a fait une demande du RSA jeune :

- l'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la Caf ou la MSA.

3. Choisir le gestionnaire de son contrat

L'assuré de la complémentaire santé solidaire peut choisir comme **gestionnaire de son contrat** l'assurance maladie ou un organisme de complémentaire santé inscrit sur une liste gérée par le **fonds CSS** (cf. glossaire).



À noter !

La complémentaire santé solidaire simplifie les démarches, comparé à l'ACS. Auparavant, l'assuré recevait une attestation chèque qui servait à la souscription de sa mutuelle ; il envoyait le "coupon" à son organisme, lequel déduisait le montant de l'attestation chèque (de 100 à 550 euros) de la cotisation annuelle ; l'assuré devait payer la part restante. Cette modalité de paiement était complexe et peu lisible pour l'assuré. Désormais, le souscripteur d'une complémentaire santé solidaire doit uniquement choisir son organisme et, pour les assurés se situant dans la fourchette de revenus supérieurs à la CMU-c, s'acquitter de leur cotisation.

POSITION CFTC

Pour la CFTC, c'est une avancée car le bénéficiaire est libre de choisir entre son organisme d'assurance maladie ou un organisme complémentaire au sein d'une liste unique, qu'il doit s'acquitter ou non d'une participation financière.

Désormais, les bénéficiaires du dispositif avec participation financière s'acquittent directement de leur participation financière auprès de l'organisme choisi. Rappelons qu'auparavant, une fois le droit à l'ACS

attribué, les bénéficiaires devaient choisir dans une liste limitée un contrat de complémentaire santé spécifique à garanties normées, proposé par des organismes complémentaires qui pouvaient être différents des organismes gestionnaires de la CMU-c. Trois niveaux de couverture (A, B et C) à des prix différents leur étaient proposés. Il en résultait bien souvent que les personnes concernées ne faisaient pas le choix le mieux adapté à leurs besoins.

4. Compléter et renvoyer le dossier

Une fois le dossier complété par l'assuré, ce dernier doit l'envoyer à la caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA) de son lieu de résidence ou de rattachement du dossier de demande. Ces dernières instruisent le dossier de demande dans un **délai de deux mois** suivant la réception du dossier complet et notifient leur décision :

- si l'assuré bénéficie de la complémentaire santé solidaire sans participation financière, son droit sera ouvert au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la décision positive qui lui aura été notifiée ;

- si l'assuré bénéficie de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, il recevra un bulletin d'adhésion qui lui sera adressé, en fonction de son choix préalable, soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire. Il devra le compléter et le renvoyer, accompagné de son moyen de paiement (chèque, RIB pour virement bancaire) pour une ouverture de droit au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de ces éléments.

POSITION CFTC

La réforme de la complémentaire santé solidaire a pour mérite d'harmoniser les procédures d'adhésion entre l'ex-CMU-c et l'ex-ACS même si elles ne gommant pas totalement les différences de traitement des dossiers de ces deux dispositifs, les

démarches restant plus lourdes et complexes pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière (multiplication des allers-retours et des interlocuteurs dont on sait qu'ils sont une source potentielle de non-recours).

QUEL REMBOURSEMENT DES SOINS ?

Les frais sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part obligatoire et par l'organisme gestionnaire choisi par l'assuré.

La part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie est prise en charge par la complémentaire santé solidaire, à hauteur de 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Il s'agit notamment des consultations chez un professionnel de santé, des médicaments, des analyses médicales, etc.

En pratique, l'assuré ne payera rien sur l'ensemble de ses soins. Il sera **exonéré de la participation forfaitaire de 1 euro** sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales. Il sera également **exonéré de la franchise médicale** sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.



À noter !

En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée.

Si les bénéficiaires leur ont bien présenté un justificatif de droits à la complémentaire santé solidaire (carte vitale ou attestation papier), les professionnels de santé doivent pratiquer le **tiers payant avec dispense totale d'avance des frais** et ne doivent pas pratiquer de **dépassements d'honoraires**.



À savoir !

Si aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé aux assurés que ce soit en cabinet, à l'hôpital ou en clinique, **des dépassements d'honoraires subsistent si l'assuré décide de consulter pour des soins non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**, et donc par la complémentaire santé solidaire, tels que l'ostéopathie, ou si l'assuré fait des choix dits de "confort" comme par exemple une chambre seule à l'hôpital ou en clinique.

QUELLES DÉMARCHES POUR UN RENOUVELLEMENT ?

Même procédure que pour la demande initiale

La demande de renouvellement doit être déposée **au plus tôt quatre mois et au plus tard deux mois avant l'expiration** de la prise en charge par la complémentaire santé solidaire.

La procédure de la demande de renouvellement est la même que pour la demande initiale et le renouvellement prend effet le premier jour du mois qui suit l'expiration de la prise en charge par la complémentaire santé solidaire.

À titre exceptionnel, lorsque la demande de renouvellement a été déposée dans un délai inférieur à deux mois avant l'échéance du droit ou, le cas échéant, que le bulletin d'adhésion a été réceptionné dans un délai inférieur à un mois après l'expiration du droit précédent, le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut décider que le droit prend effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent.

Cas particulier du renouvellement automatique

Les assurés bénéficiant du renouvellement automatique (titulaires du RSA ou de l'ASPA) recevront un courrier au moins trois mois avant la fin de leur droit qui les informera du montant de la participation due au titre de leur foyer. Ils seront invités à réaffirmer leur souhait de continuer à bénéficier de leur droit et à faire part de leur éventuelle volonté de changer de gestionnaire dans un délai d'un mois. Passé ce délai, sans réponse de leur part, le droit sera renouvelé auprès du même organisme gestionnaire, qui en sera informé.



À savoir !

Dans le cadre du projet de loi d'urgence sanitaire pour lutter contre la propagation du COVID 19, les droits à la complémentaire santé solidaire et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé dont le bénéfice expirera au cours des prochains mois est prolongé jusqu'au 1^{er} juillet 2020.

QUELLE COUVERTURE UNE FOIS SORTI DU DISPOSITIF DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Une sortie progressive du dispositif de CSS

En cas de non-renouvellement de la complémentaire santé solidaire, l'assuré ou plutôt l'ancien bénéficiaire a le droit à un an de dispense d'avance de frais (tiers payant) sur la part obligatoire.

En outre, si la personne a souscrit à un contrat de complémentaire santé solidaire géré par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance), il a le droit à un contrat de complémentaire santé avec un **tarif avantageux durant un an**. C'est le **contrat de sortie complémentaire santé solidaire**.

Il s'agit d'un **contrat nécessairement responsable** (cf. glossaire) qui comprend la prise en charge du ticket modérateur sur tous les actes remboursés par l'assurance maladie obligatoire et la prise en charge en **100% Santé** des soins et équipements concernés.



À savoir !

Le contrat de sortie ne prend pas en charge les majorations pour non-respect du parcours de soins, les franchises médicales, et la participation forfaitaire de 1 euro, les dépassements d'honoraires facturés par les médecins.

Contrat de sortie : quelle participation financière selon l'âge ?

| MONTANT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE | | |
|---|---------------|--------------|
| Âge au 1 ^{er} janvier de l'année | Tarif mensuel | Tarif annuel |
| Assuré âgé de 29 ans et moins | 16 € | 192 € |
| Assuré âgé de 30 à 49 ans | 28 € | 336 € |
| Assuré âgé de 50 à 59 ans | 42 € | 504 € |
| Assuré âgé de 60 à 69 ans | 50 € | 600 € |
| Assuré âgé de 70 ans et plus | 60 € | 720 € |

POSITION CFTC

La CFTC estime que les pouvoirs publics doivent améliorer les «contrats de sortie » encore trop coûteux pour les bénéficiaires.

L'ACCOMPAGNEMENT DES ASSURÉS

Les forts taux de non-recours à la CMU-c et l'ACS ont montré qu'il ne suffisait pas de mettre en place des droits pour qu'automatiquement les personnes éligibles en bénéficient. Si la simplification des démarches joue pour beaucoup, le succès de la complémentaire santé solidaire à trouver son public dépend également des démarches d'accompagnement et d'information qui soutiennent ce dispositif.

Les **pouvoirs publics** ont lancé en octobre 2019 une campagne d'information sur la complémentaire santé solidaire. Cette campagne d'information générale a été prolongée par des actions de communication ciblées visant à détecter les personnes éligibles au dispositif afin qu'elles déposent un dossier.

Les **autres acteurs de la protection sociale comme l'assurance chômage ou la branche famille et retraite** participent à ces actions d'information et de détection (nouveaux allocataires CAF (en fonction des ressources), de l'**ASPA** (cf. glossaire), de l'**AAH** (cf. glossaire), nouveaux retraités, chômeurs), en envoyant des lettres d'informations mensuelles ou trimestrielles par voie postale ou dématérialisée aux potentiels personnes éligibles à ces aides.

Par ailleurs, les caisses primaires d'assurance maladie sont invitées à mobiliser les acteurs locaux (notamment les travailleurs sociaux) autour de la réforme. Cela passe notamment par la révision des partenariats noués entre les conseils départementaux et les associations locales dans le cadre de la détection du non-recours aux droits. Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues d'accompagner au mieux les demandeurs et de leur faciliter l'ouverture des droits (par exemple en se montrant souple lorsqu'il manque un justificatif). Elles devront aussi tenir des réunions d'information et de présentation des changements liés à la réforme de la CMU-c à tous les assurés qui basculent dans le nouveau dispositif.

POSITION CFTC

Lors de la présentation de la loi en 2019, la CFTC avait salué la perspective du déploiement de la complémentaire santé solidaire. Elle avait tout de même précisé qu'il était important d'accompagner les bénéficiaires potentiels pour leur permettre de s'inscrire durablement dans un parcours de santé. En effet, un bon accompagnement à chaque étape des démarches permet de se prémunir des risques de découragement et d'incompréhension des demandeurs. Or, maintenant que les modalités

pratiques d'accompagnement ont été précisées, nous pouvons déplorer que cet d'accompagnement se réduise au minimum : informer les assurés. L'information ne suffit pas, il faut un accompagnement personnalisé des publics les plus vulnérables. Les mécanismes d'accompagnement sont d'ailleurs moins bien financés qu'ils ne l'étaient avant la réforme puisque les organismes gestionnaires (mutuelle) ne reçoivent plus de moyens financiers dédiés à l'accompagnement.

CONCLUSION

Les inégalités d'accès à la couverture complémentaire santé s'ajoutent aux inégalités de revenus, mais également territoriales et culturelles. Nous avons vu, au travers de ce document, l'importance des couvertures santé complémentaires publiques pour améliorer la santé des ménages les plus modestes. Il faut donc œuvrer encore pour favoriser la réduction du non-recours à la complémentaire santé solidaire. **Pour la CFTC, agir et investir dans la lutte contre le non-recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) relève d'une logique de prévention qui peut permettre de dépenser moins à plus long terme. Des réflexions doivent donc être engagées pour une simplification des démarches à accomplir par les demandeurs notamment sur la partie CSS avec "participation financière",** par exemple en favorisant les échanges de fichiers entre organismes de protection sociale ou en réduisant les échanges entre les usagers et le/ou les organismes gestionnaires. La refonte des procédures existantes est donc nécessaire pour sécuriser l'instruction des demandes et alléger les tâches de gestion, ce qui permettrait de renforcer les efforts d'accompagnement en direction des populations les plus vulnérables. Un dispositif universel homogène de couverture complémentaire santé n'empêche pas de mettre en place des accompagnements spécifiques.

GLOSSAIRE

AAH (allocation adulte handicapé) : l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

AMC (assurance maladie complémentaire) : l'assurance maladie complémentaire (AMC), ou complémentaire santé, est un système d'assurance maladie qui complète celui de la Sécurité sociale en intervenant sous forme d'un complément de remboursement des soins. Le contrat d'assurance complémentaire peut être individuel ou collectif (entreprise, branche).

AMO (assurance maladie obligatoire) : l'assurance maladie (AMO) obligatoire désigne le régime légal de santé et de prévoyance auquel sont soumis tous les résidents français. Cette affiliation garantit à chacun le remboursement d'une partie de ses dépenses de santé.

ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources et vivant en France. Son montant dépend des ressources et de la situation familiale (vivant seul ou en couple).

ACS (aide à la complémentaire santé) : l'ACS était une aide financière attribuée sous condition de résidence et de ressources pour payer une complémentaire santé (mutuelle). L'ACS a été remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis novembre 2019.

CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire) : la CMU-c est une complémentaire santé gratuite sous condition de résidence et de ressources qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire. La CMU-c a été remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis novembre 2019.

Contrat responsable : le contrat responsable désigne les contrats de complémentaire santé proposés par les mutuelles, assurances et instituts de prévoyance respectant un certain niveau de prise en charge et de garantie. L'étendue et les limites de ces garanties sont fixées par la réglementation.

CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) : les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) gèrent dans leur circonscription, en général le département, le service d'une partie des prestations confiées à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM). Les caisses assurent d'une part, le financement des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles.

Fonds de complémentaire santé solidaire : c'est un établissement public en charge de financer la complémentaire santé solidaire et d'habiliter les organismes de complémentaire santé à gérer les contrats CSS.

MSA (mutualité sociale agricole) : c'est le régime de protection sociale obligatoire des personnes salariées et non salariées des professions agricoles. Dans une approche « guichet unique », la MSA gère l'ensemble des branches de la sécurité sociale : maladie, famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, et recouvrement.

Panier de soins : cela désigne communément l'ensemble des prestations de soins couvertes de manière intégrale ou partielle par un contrat de complémentaire santé.

RSA (revenu de solidarité active) : le RSA est un revenu minimum pour ceux qui ne travaillent pas. Cette allocation complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti.

100% santé : terme générique pour désigner la réforme de 2019 visant à proposer un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Ces paniers intègrent un choix d'équipements (optique, dentaire, auditif) intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire sans frais supplémentaire à la charge de l'assuré.

POUR EN SAVOIR PLUS



Un numéro de téléphone gratuit : **0 800 971 391** est mis à la disposition des assurés pour tout renseignement sur la nouvelle complémentaire santé solidaire.

Des simulateurs sur ameli.fr et mesdroitssociaux.gouv.fr sont disponibles pour permettre à chacun de vérifier son éligibilité au dispositif.

UN
COUPLE
DE
PERSONNES
ÂGÉES



AVEC L'ACS,
CONTRAT C

AVEC LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ SOLIDAIRE

RESTE À PAYER SUR COTISATION

87€
/mois



60€
/mois

RESTE À CHARGE SUR LES SOINS

Dans l'attente du 100% santé, par exemple, pour deux prothèses dentaires (type couronne céramo-métallique), pour une nouvelle paire de lunettes à verres simples et pour un équipement complet d'audioprothèse.

 **140€**

 **90€**

 **750€**



0€

UN
COUPLE
AVEC DEUX
JEUNES ENFANTS



AVEC L'ACS,
CONTRAT B

AVEC LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ SOLIDAIRE

RESTE À PAYER SUR COTISATION

67€
/mois



44€
/mois

RESTE À CHARGE SUR LES SOINS

Dans l'attente du 100% santé, par exemple, pour deux prothèses dentaires (type couronne céramo-métallique), pour deux nouvelles paires de lunettes à verres simples.

 **320€**

 **280€**



0€

UNE
FAMILLE
MONOPARENTALE
AVEC TROIS
ENFANTS
(-18 ANS)



AVEC L'ACS,
CONTRAT B

AVEC LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ SOLIDAIRE

RESTE À PAYER SUR COTISATION

59€
/mois



38€
/mois

RESTE À CHARGE SUR LES SOINS

Dans l'attente du 100% santé, par exemple, pour une prothèse dentaire (type couronne céramo-métallique), pour deux nouvelles paires de lunettes à verres simples.

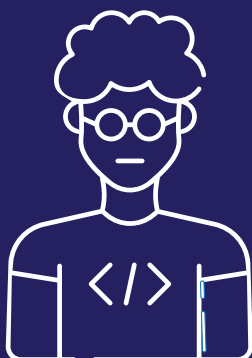
 **160€**

 **280€**



0€

UN
JEUNE



AVEC L'ACS

AVEC LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ SOLIDAIRE

RESTE À PAYER SUR COTISATION

CONTRAT A **4€**
/mois

CONTRAT B **9€**
/mois

CONTRAT C **14€**
/mois

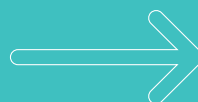


8€
/mois

RESTE À CHARGE SUR LES SOINS

Dans l'attente du 100% santé,
par exemple, pour une paire de lunettes avec le contrat A.

 **240€**



0€

NOUS CONTACTER :