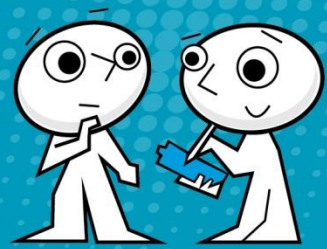




Protection universelle maladie (PUMA),
CMU complémentaire (CMU-C),
Aide pour une Complémentaire Santé (ACS),
Aide Médicale de l'état (AME).

Des dispositifs d'aide pour
favoriser l'accès aux soins.



Ce document est élaboré par le Fonds CMU-C, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Le Fonds CMU-C est chargé de financer la CMU-C et l'ACS, de suivre et d'analyser l'ensemble des dispositifs, et de publier la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

Ce document est une présentation destinée à répondre à la plupart des questions que se posent les usagers ou les professionnels sur la PUMA, la CMU-C, l'ACS ou l'AME. Il ne contient pas certaines précisions qui sont consultables directement sur www.cmu.fr ou www.info-acs.fr.

Version du 10 juillet 2018

Présentation des dispositifs d'aide

Le remboursement de vos dépenses de santé se décompose en deux niveaux :

- La part obligatoire. Cette part est remboursée par l'assurance maladie (également appelée « sécurité sociale »).
- La part complémentaire (également appelée « ticket modérateur »). Cette part est soit à votre charge, soit remboursée par une complémentaire santé.

Au-delà, certaines sommes restent le plus souvent à votre charge : participation forfaitaire de 1 €, franchises médicales...

Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant



Plusieurs dispositifs peuvent améliorer la prise en charge de vos soins en fonction de votre situation.

Vous avez besoin d'une assurance maladie (part obligatoire) ?

La protection universelle maladie (PUMA) est une couverture maladie qui offre la prise en charge de la part obligatoire. Vos soins vous sont remboursés comme n'importe quel assuré social, c'est-à-dire qu'il vous restera à payer la part complémentaire et la participation forfaitaire.

Pour en savoir plus sur la protection universelle maladie (PUMA).....[page 4](#)

Vous avez besoin d'une complémentaire santé (part complémentaire) ?

Vous êtes couvert par l'assurance maladie et disposez de faibles ressources, vous pouvez bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). La CMU-C est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge la part complémentaire. Vous êtes également dispensé de faire l'avance des frais.

Pour en savoir plus sur la CMU Complémentaire (CMU-C).....[page 7](#)

Si vos ressources dépassent le plafond d'attribution de la CMU-C, vous pouvez peut-être bénéficier d'une aide au financement de votre complémentaire santé, l'« Aide pour une Complémentaire Santé » (ACS).

Pour en savoir plus sur l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)[page 11](#)

Vous êtes étranger en situation irrégulière en France ?

Si vous êtes étranger, que vous n'avez pas de papiers, vous pouvez peut-être bénéficier de l'Aide médicale d'Etat (AME).

L'AME prend en charge vos dépenses de santé, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Pour en savoir plus sur l'Aide médicale d'Etat (AME)[page 16](#)

Qu'est-ce que la PUMA ?

Vos droits

La PUMA vous permet d'être remboursé de vos dépenses de santé (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés sociaux.

Concrètement, vous payez directement vos dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux...). L'assurance maladie vous rembourse la part obligatoire, également appelée « part sécurité sociale ».

Il reste à votre charge la part complémentaire, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Attention

Les remboursements sont effectués sur la base des tarifs de la sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires éventuels restent donc à la charge des bénéficiaires de la PUMA comme pour tout autre assuré social. Pour en savoir plus sur les tarifs de remboursement, vous pouvez consulter le site www.ameli.fr.

Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant



L'assurance maladie rembourse partiellement vos dépenses de santé. Une complémentaire santé peut couvrir en partie ou en totalité les frais qui restent à votre charge. Pour souscrire un contrat de complémentaire santé, vous pouvez vous adresser notamment à une mutuelle, une société d'assurance, une institution de prévoyance.

La PUMA est également attribuée aux enfants mineurs de votre foyer. Depuis le 1^{er} janvier 2016 en effet, les assurés sociaux majeurs sont affiliés à titre personnel à la PUMA. Une période transitoire court jusqu'au 31 décembre 2019 pour permettre à l'ensemble des assurés sociaux majeurs de procéder à leur affiliation.

La PUMA est gratuite. Dans certains cas, vous pouvez être redevable de la cotisation subsidiaire maladie. Le taux de la cotisation est fixé à 8%. Les modalités de calcul sont différentes selon les cas.

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de la PUMA il faut remplir l'une des deux conditions suivantes :

1- Exercer une activité professionnelle en France

Il faut exercer :

- soit, sur le territoire français, une activité salariée pour le compte d'un ou plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, ou une activité professionnelle non salariée ;
- soit une activité professionnelle à l'étranger, à condition qu'elle soit soumise à la législation française de sécurité sociale, en application des règlements européens ou des conventions internationales.

2- Résider en France de manière régulière et stable

Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.

Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.

Certaines personnes de nationalité étrangère peuvent être couvertes grâce à des accords conclus avec leur pays d'origine.

Les démarches et pièces justificatives

1. Compléter le formulaire de demande en suivant les instructions indiquées

Un seul formulaire doit être rempli pour chaque membre du foyer de plus de 18 ans qui n'est pas d'ores et déjà affilié à l'assurance maladie. Le formulaire de demande est directement téléchargeable sur le site cmu.fr.

Il est également disponible sur le site ameli.fr ou auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence.

2. Joindre toutes les pièces justificatives demandées

Vous ne devez joindre que des copies de vos documents.

En fonction de votre situation, vous devez joindre à votre demande les pièces suivantes.

Votre nationalité	Pièces justificatives
Si vous êtes de nationalité française, européenne ou suisse	Vous devez fournir une photocopie lisible de votre carte d'identité ou de votre passeport.
Si vous êtes d'une autre nationalité	Vous devez fournir une photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité, incluant, notamment, la carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, la carte de résident ou le certificat de résidence, le visa de long séjour avec les pages du passeport comportant l'identité, l'attestation de demande d'asile...

Votre activité professionnelle	Pièces justificatives
Si vous êtes en activité professionnelle	Vous devez fournir une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple votre contrat de travail ou un bulletin de paie.

Votre résidence	Pièces justificatives
<p>Si vous êtes bénéficiaire de l'une des prestations familiales ou sociales, inscrit dans un établissement d'enseignement ou stagiaire de coopération, de retour en France après un volontariat international à l'étranger, résident au titre du regroupement familial, reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou demandeur d'asile</p>	<p>Vous devez fournir toute pièce justificative de votre situation.</p>
<p>Si vous résidez en France depuis plus de trois mois</p>	<p>Vous devez fournir une photocopie lisible de toute pièce justifiant que vous habitez en France, par exemple : bail de location, quittances de loyers, factures d'électricité consécutives, certificat d'hébergement, certificat de scolarité ou d'inscription universitaire.</p>

Votre foyer	Pièces justificatives
<p>Si vous avez des enfants mineurs à charge</p>	<p>Vous devez fournir le formulaire S3705 « Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés ».</p>

3. Adresser l'ensemble de votre dossier à la caisse primaire d'assurance maladie de votre lieu de résidence

Le dossier peut être envoyé par courrier ou être déposé directement à la CPAM.

Le suivi de votre demande

Le délai de traitement varie entre un et deux mois.

Le Fonds CMU-C n'est pas en mesure de vous renseigner sur votre dossier. Seule la CPAM peut vous fournir les renseignements nécessaires.

A la fin de l'étude de votre demande, la CPAM vous informera par courrier de sa décision. Si la décision ne vous semble pas conforme, vous pouvez la contester. Les voies de recours sont détaillées dans le courrier de notification.

Si vous disposez de faibles ressources, il existe deux dispositifs d'aide pour améliorer la prise en charge de vos dépenses de santé : la [CMU-C](#) et l'[ACS](#).

Qu'est-ce que la CMU complémentaire ?

Vos droits

La CMU-C vous donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire de vos dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Vos dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale.

De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour vos soins dentaires, vos lunettes, vos prothèses auditives...

Concrètement, pour faciliter votre accès aux soins, vous ne payez pas directement vos dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais.

Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant



La consultation est directement réglée par l'assurance maladie et l'organisme qui gère votre CMU-C.

Les prestations prises en charge

Vous pouvez consulter tout professionnel de santé (en cabinet, à l'hôpital, en clinique). Aucun dépassement d'honoraires ne peut vous être facturé sauf en cas d'exigence particulière de votre part.

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

La CMU-C prend également en charge vos prescriptions : médicaments, analyses médicales...

Les tarifs sociaux

Grâce à la CMU-C, vous pouvez également bénéficier de réductions sur votre carte de transport. Pour en savoir plus : cmu.fr.

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de la CMU-C, il faut remplir trois conditions.

1- Résider en France de manière régulière

Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.

2- Résider en France de manière stable

Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois. Il existe des cas particuliers.

3- Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer ([cf. annexe de ce document](#)).

Important

Si vous êtes bénéficiaire d'une aide au logement ou hébergé gratuitement ou propriétaire de votre logement, un montant forfaitaire est ajouté à vos ressources dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide.

Cette condition de ressources n'est pas applicable aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA socle) et aux membres de leur foyer, pour en savoir plus : [cmu.fr](#).

Pour en savoir plus sur les ressources prises en compte : [cmu.fr](#).

Si vous dépassez ce seuil, vous avez peut-être droit à une aide au financement d'une complémentaire santé. Cette aide s'appelle l'« Aide pour une Complémentaire Santé » ([ACS](#)).

Le renouvellement

La CMU-C est accordée pour un an et la demande doit être renouvelée chaque année.

Après la CMU-C...

Le renouvellement de votre CMU-C a été refusé ?

Vous avez droit durant un an à une dispense d'avance des frais sur la part obligatoire.

De plus, si votre CMU-C était gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance), vous avez droit à un contrat de complémentaire santé à tarif avantageux durant un an. C'est le « contrat de sortie CMU-C ». N'hésitez pas à en parler à votre organisme complémentaire.

Les démarches à accomplir

1. Télécharger le formulaire de demande

Le formulaire est directement téléchargeable sur le site [cmu.fr](#) ou le site [ameli.fr](#).

Ce formulaire peut également être demandé auprès de votre caisse d'assurance maladie.

2. Compléter le formulaire de demande en suivant les instructions indiquées

Il faut remplir un seul dossier pour l'ensemble du foyer : demandeur, conjoint, concubin ou partenaire de PACS et enfants à charge de moins de 25 ans.

Si vous avez moins de 25 ans, des conditions particulières existent.

3. Compléter le formulaire de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C

Votre CMU-C sera gérée soit par votre caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire inscrit sur une liste nationale que vous trouverez sur [le site](#).

Si vous ne choisissez pas d'organisme complémentaire, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme CMU-C.

4. Joindre toutes les pièces justificatives demandées

Vous ne devez joindre que des copies de vos documents.

En fonction de votre situation, vous devez joindre à votre demande les pièces suivantes.

La régularité de votre séjour	Pièces justificatives
Si vous n'êtes pas de nationalité française, européenne ou suisse (pour les personnes majeures et uniquement lors de la 1 ^{ère} demande de CMU-C ou d'ACS)	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour en cours de validité, récépissé de demande de titre...

Votre foyer et vos ressources	Pièces justificatives
Pour les ressources du foyer déclarées (pour toute personne du foyer quel que soit son âge)	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ainsi que des avis de taxe foncière et/ou de taxe locale d'habitation.
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible des justificatifs de situation fiscale et sociale dans le (les) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA socle jeune	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement).

5. Adresser l'ensemble de votre dossier à la caisse d'assurance maladie

Le dossier doit être envoyé à la caisse d'assurance maladie dont dépend le membre de la famille qui est inscrit comme « demandeur » dans le dossier.

Le dossier peut être envoyé par courrier ou être déposé directement à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter votre demande, vous pouvez vous faire aider par votre caisse d'assurance maladie, un service social ou une association.

Le suivi de votre demande

Le délai de traitement varie entre un et deux mois.

Le Fonds CMU-C n'est pas en mesure de vous renseigner sur votre dossier. Seule votre caisse d'assurance maladie peut vous donner les renseignements nécessaires.

Si vos revenus dépassent les plafonds d'attribution de la CMU-C, la caisse d'assurance maladie étudiera également votre droit à l'ACS sans aucune démarche de votre part.

A la fin de l'étude de votre demande, votre caisse vous informera par courrier de sa décision. Si la décision ne vous semble pas conforme vous pouvez la contester, les voies de recours sont détaillées dans le courrier de notification.

Lorsque la CMU-C est attribuée, elle prend effet à compter de la date figurant sur l'attestation de droit.

Important

Si vous êtes salarié et que vous bénéficiez de la CMU-C, vous pouvez être dispensé, à votre initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire de votre entreprise. La demande de dispense doit être formulée lors de votre embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de la CMU-C.

Le renouvellement

Vos droits à la CMU-C vous sont attribués pour une durée d'un an. Les dates d'ouverture de votre droit figurent sur votre attestation CMU-C.

Attention, le renouvellement n'est pas automatique. En effet, une demande de renouvellement doit être déposée deux mois avant la date d'échéance dans les mêmes formes que la première demande. Par ailleurs, vous êtes tenu de déclarer tout changement de situation intervenant en cours d'année.

Qu'est-ce que l'ACS ?

Vos droits

L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle vous donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer votre contrat de complémentaire santé.

Une complémentaire santé facilite votre accès aux soins en prenant en charge la part complémentaire de vos dépenses de santé.

Concrètement, cette aide vous permet de réduire, et dans certains cas de prendre en charge totalement, le montant de votre cotisation annuelle.

Lors de vos visites chez le médecin, l'ACS vous permet également de bénéficier d'une dispense totale d'avance des frais.

De plus, vous bénéficiez des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres (professionnels en « secteur 2 »), sauf en cas d'exigences particulières de votre part (visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée...).

Et vous êtes dispensé des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 €.

Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant



Le montant de l'aide

Le montant accordé varie en fonction de l'âge du bénéficiaire de la façon suivante :

Age du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

Afin de réduire le montant restant à votre charge sur le prix du contrat, des aides supplémentaires peuvent être accordées par les caisses d'assurance maladie. N'hésitez pas à vous adresser à votre caisse d'assurance maladie.

Les contrats concernés par l'aide

Votre aide est utilisable sur l'un des contrats de complémentaire santé spécialement sélectionnés pour leur bon rapport qualité-prix.

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir trois conditions.

1- Résider en France de manière régulière

Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.

2- Résider en France de manière stable

Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.

Il existe des cas particuliers.

3- Avoir des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C

Le plafond de ressources est fixé en référence au plafond d'attribution de la CMU-C. Ainsi, pour bénéficier de l'ACS, les ressources de votre foyer doivent être comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%.

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois, le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer (pour les seuils, [cf. annexe de ce document](#)).

Important

Si vous êtes bénéficiaire d'une aide au logement ou hébergé gratuitement ou propriétaire de votre logement, un montant forfaitaire est ajouté à vos ressources dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide.

Si vous dépassez ce seuil, renseignez-vous auprès du service social de votre mairie, de votre centre de sécurité sociale ou de votre caisse de retraite, car d'autres aides existent.

Pour votre faire votre demande d'ACS, trois étapes

1. Compléter le formulaire de demande en suivant les instructions indiquées

Il faut remplir un seul dossier pour l'ensemble du foyer : demandeur, conjoint, concubin ou partenaire de PACS et enfants à charge de moins de 25 ans.

Si vous avez moins de 25 ans, des conditions particulières existent, pour en savoir plus : [cmu.fr](#).

Le formulaire de demande ACS est directement téléchargeable sur le site [cmu.fr](#).

Il est également disponible sur le site [ameli.fr](#) et auprès de votre caisse d'assurance maladie.

2. Joindre toutes les pièces justificatives demandées

Vous ne devez joindre que des copies de vos documents.

La régularité de votre séjour	Pièces justificatives
Si vous n'êtes pas de nationalité française, européenne ou suisse (pour les personnes majeures et uniquement lors de la 1 ^{ère} demande de CMU-C ou d'ACS)	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour en cours de validité, récépissé de demande de titre...
Votre foyer et vos ressources	Pièces justificatives
Pour les ressources du foyer déclarées (pour toute personne du foyer quel que soit son âge)	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ainsi que des avis de taxe foncière et/ou de taxe locale d'habitation.
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible des justificatifs de situation fiscale et sociale dans le (les) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA socle jeune	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement).

3. Adresser l'ensemble de votre dossier à la caisse d'assurance maladie

Le dossier doit être envoyé par courrier ou être déposé directement à la caisse d'assurance maladie dont dépend le membre de la famille qui est inscrit comme «demandeur» dans le dossier.

Important

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter votre demande, vous pouvez vous faire aider par votre caisse d'assurance maladie, un service social ou une association.

Le suivi de votre demande

Le délai de traitement varie entre un et deux mois.

Le Fonds CMU-C n'est pas en mesure de vous renseigner sur votre dossier. Seule votre caisse d'assurance maladie peut vous donner les renseignements nécessaires.

Si vous avez déposé une demande de CMU-C, votre droit à l'ACS est également étudié sans aucune démarche de votre part.

A la fin de l'étude de votre demande, votre caisse vous informera par courrier de sa décision. Si la décision ne vous semble pas conforme vous pouvez la contester, les voies de recours sont détaillées dans le courrier de notification.

Lorsque l'ACS est attribuée, vous avez 6 mois pour utiliser votre attestation-chèque auprès d'un organisme complémentaire.

A compter de la présentation de votre attestation-chèque à votre organisme complémentaire, l'ACS est valable un an.

Important

Si vous êtes salarié et que vous bénéficiez de l'ACS, vous pouvez être dispensé, à votre initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire de votre entreprise. La demande de dispense doit être formulée lors de votre embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de l'ACS.

Le renouvellement

Vos droits à l'ACS sont attribués pour une durée d'un an à compter de la date d'utilisation de votre attestation.

Attention, le renouvellement n'est pas automatique. En effet, une demande de renouvellement doit être déposée entre quatre et deux mois avant la date d'échéance de votre aide.

Vous êtes tenu de déclarer tout changement de situation intervenant en cours d'année.

En cas de résiliation de votre contrat de complémentaire santé en cours d'année, votre droit à l'ACS prendra fin également, vous pouvez faire une demande de renouvellement anticipé sur présentation d'une attestation de fin de contrat remise par votre organisme complémentaire.

Pour en savoir plus sur la procédure de renouvellement : cmu.fr.

Comment utiliser son attestation-chèque ACS ?

Si l'ACS est accordée, votre caisse d'assurance maladie vous adresse :

- une **attestation de tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Cette attestation vous dispense de payer le montant des soins remboursés par l'assurance maladie à votre médecin. Vous devrez, en revanche, régler la part complémentaire.
 - *Pensez à présenter votre attestation, accompagnée de votre carte vitale, lors de vos consultations.*
- une **attestation de droit ACS comportant le chèque** à faire valoir sur votre cotisation annuelle auprès d'une complémentaire santé sélectionnée et la liste des contrats sélectionnés sur lesquels le chèque ACS peut s'appliquer.

Dès que vous avez souscrit un contrat sélectionné figurant sur cette liste, votre caisse d'assurance maladie vous adresse une **attestation de tiers payant intégral**. Vous bénéficiez alors, pour vos soins dispensés par un professionnel de santé exerçant en ville, du tiers payant sur le montant des soins remboursés par l'assurance maladie mais aussi sur le montant remboursé par votre complémentaire santé. Vous n'avez donc par exemple rien à régler lors de vos consultations médicales.

- *Pensez à mettre à jour votre carte vitale ou présentez votre attestation de tiers payant intégral, accompagnée de votre carte vitale, lors de vos consultations.*

1. Vous présentez votre attestation-chèque à un organisme complémentaire

Si vous n'avez pas de contrat de complémentaire santé, vous devez choisir un organisme complémentaire habilité à proposer des contrats pouvant bénéficier de la réduction ACS.

Pour accéder à la liste des organismes proposant des contrats ACS, rendez-vous sur le site www.info-accs.fr

Chaque membre âgé de plus de 16 ans peut utiliser son aide auprès de l'organisme complémentaire de son choix.

2. Vous choisissez vos garanties

Si vous avez déjà un contrat, pour bénéficier de l'ACS, celui-ci doit respecter « les règles du contrat responsable » c'est-à-dire qu'il doit comporter certaines garanties : prise en charge des consultations de médecin traitant et de ses prescriptions, prise en charge des prestations liées à la prévention et exclure la prise en charge et pénalités pour non-respect du [parcours de soins coordonnés](#).

3. Vous bénéficiez de la déduction

Vos déductions s'appliquent à compter de la présentation de votre attestation-chèque si vous avez un contrat en cours ou à compter de la date d'effet du contrat s'il s'agit d'un nouveau contrat, l'organisme complémentaire déduit à chaque échéance de votre cotisation une partie du montant du chèque.

Par exemple, si vous payez vos cotisations par trimestre, un quart du montant de l'aide sera déduit durant quatre appels de cotisation (par exemple 50 € par trimestre si votre aide est de 200€).

Lorsque le contrat choisi couvre plusieurs personnes, toutes les aides sont additionnées et appliquées sur le montant global du contrat.

Si le montant total des attestations-chèque est supérieur au coût du contrat, la différence n'est pas restituée aux bénéficiaires de l'ACS, le coût du contrat sera intégralement pris en charge.

Le contrat de sortie

A l'expiration de votre droit à l'ACS, vous devez recevoir, par l'organisme complémentaire auprès duquel vous aviez souscrit votre contrat ACS, la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Le contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS, sans la déduction de l'aide.

Dans le cadre de ce contrat, n'étant plus bénéficiaire de l'ACS, vous ne bénéficiez pas du tiers payant intégral. Les majorations pour non-respect du parcours de soins, les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € ne sont pas prises en charge. Par ailleurs les médecins de secteur 2 sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

Vous êtes libre de refuser la proposition de l'organisme complémentaire.

Qu'est-ce que l'AME ?

Si vous êtes étranger et que vous ne disposez pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que vous avez entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture...), vous pouvez, sous certaines conditions, bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Vos droits

L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

Exemple d'une consultation chez un médecin généraliste



Vous avez le droit à la dispense d'avance de frais, c'est-à-dire qu'en présentant votre carte AME au professionnel de santé, vous n'avez rien à régler. La consultation est directement réglée par l'assurance maladie.

Les prestations prises en charge

L'AME prend en charge les dépenses de santé pour les consultations médicales ou dentaires en cabinet ou à l'hôpital.

L'AME prend également en charge vos prescriptions : médicaments, analyses médicales...

Important

Les prises en charge sont effectuées à hauteur des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires restent à votre charge. De plus, contrairement à la CMU-C, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge de vos soins dentaires, lunettes, ou prothèses auditives...

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de l'AME, il faut remplir trois conditions :

1. Résider en France de manière irrégulière

C'est-à-dire sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours.

2. Résider en France de manière stable

Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins.

AME à titre humanitaire

Si vous êtes de passage en France (avec un visa touristique, un visa de court séjour, etc.) et ne bénéficiez ni de la couverture sociale de votre pays d'origine, ni d'une assurance privée, et que votre état de santé nécessite des soins imprévus, vous pouvez sous certaines conditions bénéficier de l'AME à titre humanitaire.

Prise en charge des soins urgents

Si avez besoin de soins urgents, que vous résidez en France de façon irrégulière (sans visa touristique, sans visa de court séjour, etc.) depuis moins de trois mois, ou depuis plus de trois mois mais n'avez pas l'AME, vos soins urgents peuvent être pris en charge sous certaines conditions.

3. Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer (cf. annexe de ce document).

Important

Si vous êtes bénéficiaire d'une aide au logement ou hébergé gratuitement ou propriétaire de votre logement, un montant forfaitaire est ajouté à vos ressources dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide.

Le renouvellement

L'AME est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.

Les démarches à accomplir

Pour votre faire votre demande d'AME, trois étapes :

1. Compléter le formulaire de demande en suivant les instructions indiquées

Il faut remplir un seul dossier pour le demandeur et les personnes à sa charge.

Le formulaire est directement téléchargeable sur le site cmu.fr.

Il est également disponible sur ameli.fr ou auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence.

2. Joindre toutes les pièces justificatives demandées en fonction de votre situation pour vous-même et les membres majeurs de votre foyer

Vous ne devez joindre que des copies de vos documents.

Votre identité	Pièces justificatives
Vous et les personnes à votre charge qui vivent en France	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de votre carte d'identité ou votre passeport ou la copie du titre de séjour antérieurement détenu, ou un extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, de votre pays ou du pays dans lequel le document a été établi ou tout document de nature à attester votre identité et des personnes à votre charge
Vous et les personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus	Vous devez fournir une photo d'identité récente de format 3,5 cm x 4,5 cm pour vous et chacune des personnes à votre charge de 16 ans et plus

Votre résidence	Pièces justificatives
Vous résidez en France depuis plus de trois mois	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'un des documents suivants : <ul style="list-style-type: none">• passeport indiquant la date d'entrée en France,• copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,• facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,• avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation,• facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois,• quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique• attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,

	<ul style="list-style-type: none"> • attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée), datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile, • tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie
--	--

Vos ressources	Pièces justificatives
Vos ressources	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible des documents relatifs aux ressources, imposables ou non imposables, perçues en France et à l'étranger au cours des douze mois précédant votre demande, pour vous et les personnes à votre charge. À défaut de pouvoir présenter de pièces justificatives de vos ressources, vous pouvez faire une déclaration sur l'honneur que vous joindrez à votre formulaire de demande.

3. Adresser l'ensemble de votre dossier à la CPAM de votre lieu de résidence

Vous pouvez demander une assistance à la constitution et/ou à la transmission de votre dossier de demande d'AME auprès des organismes listés à l'article L. 252-1 du code de la sécurité sociale : organismes d'assurance maladie, centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS) du lieu de résidence, associations ou organismes à but non lucratif agréés. Ces organismes doivent transmettre votre dossier à la caisse d'assurance maladie, avec votre accord, dans un délai de huit jours.

Les personnes sans domicile fixe, qui ont élu domicile auprès d'une association agréée ou d'un CCAS, pourront se faire aider pour la constitution de leur dossier auprès de l'un de ces organismes agréés.

Le suivi de votre demande

Le délai de traitement varie entre un et deux mois.

Le Fonds CMU-C n'est pas en mesure de vous renseigner sur votre dossier. Seule la CPAM peut vous fournir les renseignements nécessaires. A la fin de l'étude de votre demande, votre caisse vous informera par courrier de sa décision. En cas de contestation, des voies de recours existent, celles-ci sont détaillées dans le courrier de notification.

Si votre demande est acceptée, la CPAM vous convoquera pour le retrait de votre carte de droits à l'AME. Lorsque l'AME est attribuée, elle prend effet à compter de la date du dépôt de la demande.

Le renouvellement

Vos droits à l'AME vous sont attribués pour une durée d'un an. Les dates d'ouverture des droits figurent sur votre carte AME.

La demande de renouvellement doit être faite deux mois avant la date d'échéance dans les mêmes formes que la première demande.

Annexe : les plafonds d'attribution

L'article D. 861-1 du code de la sécurité sociale, pris en application de l'article L. 861-1 du même code, fixe le montant du plafond annuel de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la CMU complémentaire. Toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande sont prises en compte, exceptées celles mentionnées à l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale.

Pour l'octroi de l'aide complémentaire santé, les ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et celui-ci majoré de 35 %. Le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la CMU-C (article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles).

Barème CMU-C, ACS et AME au 1^{er} avril 2018 (en euros)

Métropole

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	8 810	734	11 894	991
2	13 215	1 101	17 841	1 487
3	15 858	1 322	21 409	1 784
4	18 501	1 542	24 977	2 081
5	22 026	1 835	29 735	2 478
Par personne en +	+ 3524,09	+ 293,67	+ 4757,52	+ 396,46

DOM

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9 806	817	13 238	1 103
2	14 709	1 226	19 857	1 655
3	17 650	1 471	23 828	1 986
4	20 592	1 716	27 799	2 317
5	24 514	2 043	33 095	2 758
Par personne en +	+ 3922,31	+ 326,86	+ 5295,12	+ 441,26

Important : à propos des personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit

Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition familiale.

Nombre de personnes	Propriétaire - occupant à titre gratuit (article R. 861-5 du code de la sécurité sociale)		Bénéficiaire d'une aide au logement (article R. 861-7 du code de la sécurité sociale)	
	Montants mensuels		Montants mensuels	
	pour 2018	pour 2017	pour 2018	pour 2017
1 personne	12 % du RSA 1 personne, soit 65,46 euros (1) 66,11 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 64,41 euros (3) 65,46 euros (4)	12 % du RSA 1 personne, soit 65,46 euros (1) 66,11 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 64,41 euros (3) 65,46 euros (4)
2 personnes	14 % du RSA 2 personnes, soit 114,55 euros (1) 115,70 euros (2)	14 % du RSA 2 personnes, soit 112,72 euros (3) 114,55 euros (4)	16 % du RSA 2 personnes, soit 130,92 euros (1) 132,22 euros (2)	16 % du RSA 2 personnes, soit 128,83 euros (3) 130,92 euros (4)
3 personnes ou +	14 % du RSA 3 personnes, soit 137,46 euros (1) 138,84 euros (2)	14 % du RSA 3 personnes, soit 135,27 euros (3) 137,46 euros (4)	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 162,01 euros (1) 163,63 euros (2)	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 159,42 euros (3) 162,01 euros (4)

*Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

(1) : montant du forfait logement du 01.2018 au 03.2018

(3) : montant du forfait logement du 04. 2017 au 08.2017

(2) : montant du forfait logement à partir du 01.2018

(4) : montant du forfait logement 09.2017 au 12.2017