

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°51

Le numéro de Références le plus attendu est certainement celui du mois d'Avril. Il publie les résultats de l'année écoulée et en particulier les chiffres d'affaires des complémentaires santé.

Nous pensions, qu'en l'absence de transfert de l'assurance maladie obligatoire, qu'avec une modération certaine des dépenses de santé, comme le démontre le respect de l'ONDAM, et surtout qu'avec la hausse de la TSCA à 7 % jouant en année pleine, le chiffre d'affaires des complémentaires santé devait connaître une évolution modérée.

Grande fut notre surprise d'observer une croissance de 5,1 % (données brutes).

Cela veut dire qu'avec la TSCA à 7 % l'acheteur moyen d'un contrat, qu'il soit individuel ou collectif, a dû subir une hausse de plus de 12 %. Sans compter les phénomènes de démutualisation et de réduction de garanties.

Les complémentaires santé sont un vecteur fondamental de l'accès aux soins, en tout cas pour les plus défavorisés et les plus vulnérables de nos concitoyens.

C'est dans ce contexte que les partenaires sociaux ont signé l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier transformé en projet de loi adopté en Conseil des ministres du 6 mars.

J'avoue avoir marqué un certain étonnement à la lecture de l'article 1 qui généralise les contrats collectifs au profit des seuls salariés. Je ne peux que noter que ceux qui ont vraiment et absolument besoin d'une complémentaire, c'est-à-dire, la population des deux ou trois premiers déciles de revenus, sont les grands oubliés de cet accord. On pourrait dire qu'il est normal que le Fonds CMU prie pour sa propre chapelle, il n'en reste pas moins que je ne peux que regretter que cette "généralisation" vienne grever les Finances de la Sécurité sociale et de l'Etat d'environ 2,5 milliards d'euros soit dix fois plus que les sommes décidées dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté adopté le 21 janvier dernier.

Sans doute, les retraités, les jeunes, les pauvres, les sans-emplois ne constituent-ils pas une priorité au regard des signataires de l'accord. Je le regrette et je ne peux que m'interroger sur cet article dans la mesure où il constitue une rupture manifeste d'égalité devant les charges publiques, tant que l'on n'aura pas revu (au bénéfice des plus démunis) les règles d'exonérations fiscales et sociales des contrats collectifs.

Mon rapport de 2003, les rapports de la Cour des Comptes, et en particulier celui de septembre 2012, le discours du Président de la République au Congrès de la Mutualité Française à Nice le 20 octobre 2012, relèvent de la même interrogation. Le HCAAM vient d'être saisi par les ministres des affaires sociales et du budget pour remettre, à l'été 2013, une analyse et des propositions sur cette question.

Je reste confiant dans la réponse que nous apporterons, début octobre, le PLFSS 2014.

**Jean-François CHADELAT**  
Inspecteur Général des Affaires Sociales (H)  
Président d'Honneur du Fonds CMU

## La taxe CMU-C : une évolution brute de + 5,1 %

Sur l'année 2012, l'"assiette taxe" s'établit à 32 142 millions d'euros, en hausse de + 5,1 % par rapport à 2011 (pour que l'évolution entre 2011 et 2012 puisse être interprétée et analysée de façon homogène, celle-ci est calculée à méthode de comptabilisation inchangée, c'est-à-dire hors taxe et hors contribution).

En première analyse, dans un contexte de revalorisation sensible de la TSCA en 2011, l'évolution s'avère supérieure à celle qui était attendue.

### Assiette taxe CMU déclarée par les OC en 2012 :

	T1	T2	T3	T4	Total 2012	Total 2011
Mutuelles	4 723 733	4 271 014	4 325 208	4 268 911	17 588 866	17 202 909
IP	1 390 111	1 344 086	1 403 554	1 607 828	5 745 579	5 151 064
Assurances	3 149 184	1 757 424	1 893 993	2 007 092	8 807 693	8 226 941
	9 263 028	7 372 525	7 622 754	7 883 831	32 142 139	30 580 914

Montant de l'assiette taxe CMU déclarée par les OC en 2012 (K euros)			
Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Total
17 588 866	5 745 579	8 807 693	32 142 139
54,72 %	17,88 %	27,40 %	100,00 %

Si l'évolution a du sens au niveau global, l'évolution par nature d'OC est perturbée compte tenu du changement de méthode de comptabilisation opéré par quelques organismes (2 institutions de prévoyance et 4 sociétés d'assurance), mais dont l'impact est relativement important. En neutralisant leurs effets, l'évolution "à méthode de comptabilisation" inchangée s'établirait selon les familles d'OC à : + 2,2 % sur les mutuelles, + 6,8 % sur les institutions de prévoyance et + 4,9 % sur les sociétés d'assurance.

Sur cette échéance comme sur les précédentes, un important travail de contrôle a été mené sur les organismes où les taux d'évolution étaient les plus importants en valeur absolue. 9 OC ont été interrogés dans ce cadre sur le 4<sup>e</sup> trimestre, 16 sur le 3<sup>e</sup> trimestre, 10 sur le 2<sup>e</sup> trimestre et 15 sur le 1<sup>er</sup> trimestre, soit au total 50 OC interrogés au cours de l'année.

On rappellera que le contrôle du Fonds CMU sur l'assiette de la taxe CMU, outre de mettre en évidence d'éventuelles situations d'"optimisations abusives", consiste en premier lieu à accompagner les OC sur des sujets techniquement complexes et en évolution permanente.

Un contrôle conduit sur un organisme de taille importante a montré que la question des délégations de gestion (et leur incidence sur les modalités déclaratives), d'ailleurs en pleine expansion, pose problème. Au-delà, un rappel des règles fondamentales est d'ores et déjà envisagé après deux années de mise en œuvre de la circulaire du 8 avril 2011 relative à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (taxe CMU-C).

## La CMU en chiffres

## ■ Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Au 31 décembre 2012, on dénombre 4 534 307 bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus, soit une progression de +2,6 % sur l'année.

## Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2012 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 555 581	534 080	4 089 661	593 907
Régime social des indépendants	257 417	12 139	269 556	53 665
Régime agricole	94 505	10 849	105 354	19 644
Autres régimes et SLM	59 672	10 064	69 736	25 365
<b>Total Décembre 2012</b>	<b>3 967 175</b>	<b>567 132</b>	<b>4 534 307</b>	<b>692 581</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

L'évolution du régime général accuse un contraste entre une augmentation de +2,5 % en métropole et une stagnation dans les Dom (+0,2 %).

Les effectifs du régime des indépendants continuent d'augmenter fortement (+12,0 %), en lien avec l'ensemble du régime. Les effectifs pour le régime agricole continuent de baisser (-4,1 %), suivant là aussi l'évolution globale. Les régimes spéciaux et les sections locales mutualistes (+2,5 %) ont progressé à un rythme similaire à celui de l'ensemble des bénéficiaires tous régimes confondus.

## Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2011 au 31 décembre 2012 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+2,5 %	+0,0 %	+2,2 %	+0,4 %
Régime social des indépendants	+12,0 %	+12,7 %	+12,0 %	+3,0 %
Régime agricole	-3,9 %	-5,8 %	-4,1 %	-5,4 %
Autres régimes et SLM	+2,4 %	+3,0 %	+2,5 %	-0,5 %
<b>Total</b>	<b>+2,9 %</b>	<b>+0,2 %</b>	<b>+2,6 %</b>	<b>+0,4 %</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

## L'ACS en chiffres

## ■ Une augmentation sensible du nombre de bénéficiaires d'attestations ACS de +30,8 % en 2012

La situation de l'ACS en 2012 est impactée par le relèvement sensible du plafond de l'aide de "plafond CMU-C + 26 %" à "plafond CMU-C + 35 %" depuis le 1<sup>er</sup> janvier. Ce plafond avait déjà connu une évolution importante en 2011 en passant de "plafond CMU-C + 20 %" à "plafond CMU-C + 26 %". Ce qui avait conduit à une hausse de +21,7 %.

Sur l'année 2012, en glissement annuel, 1 005 161 personnes se sont vues délivrer une attestation de droit à l'ACS, correspondant à une hausse de +30,8 % par rapport à 2011. La hausse s'établit à +31,1 % pour la CNAMTS, +29,6 % pour le RSI et de +26,1 % pour la CCMSA.

L'évolution est conforme aux prévisions du Fonds CMU pour l'année 2012 : +30 %.

Un suivi attentif des évolutions caisse par caisse a été réalisé conjointement par le Fonds CMU et la CNAMTS en vue de mettre en évidence d'éventuelles incohérences, et d'interroger les caisses concernées. Un gros travail a été réalisé sur le début de l'année. Des explications ont été fournies et la situation apparaît désormais stabilisée.

## ■ Dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire au régime général

Au 31 décembre 2012, la dépense moyenne (en trésorerie) pour la part complémentaire du régime général, en métropole et Dom, est de 445,29 €, soit un montant équivalent à celui de décembre 2011 (+0,1 %) en année complète mobile. La dépense hospitalière progresse significativement (+5,5 % pour la dépense totale et +3,6 % pour la dépense unitaire). La dépense de ville évolue peu pour la dépense totale (+0,6 %) et baisse pour la dépense unitaire (-1,2 %). Pour référence, le taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général est de +0,7 % en décembre 2012.

## Les dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2012 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 119 602 666 €	+0,6 %	320,95 €	-1,2 %
Hôpital	433 755 338 €	+5,5 %	124,34 €	+3,6 %
Total	1 553 358 003 €	+1,9 %	445,29 €	+0,1 %

\* ACM : année complète mobile

\*\* Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (3 488 451 bénéficiaires)  
Source : CNAMTS

## ■ Les bénéficiaires de la CMU de base

Avec 2 267 926 bénéficiaires à fin décembre 2012, les effectifs de la CMU de base ont progressé de +2,4 % en un an pour l'ensemble du territoire, mais avec une hausse modérée de +1,4 % en métropole, alors que celle dans les Dom atteint +8,2 %.

## Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 décembre 2012 \*

	Métropole	DOM	Total
Régime général	1 911 511	356 415	2 267 926
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 décembre 2011 au 31 décembre 2012	+1,4 %	+8,2 %	+2,4 %

\*Données provisoires - Source : CNAMTS

Le montant annuel de la déduction s'élève à 275 euros à fin novembre 2012.

## Les effectifs des bénéficiaires de l'ACS au 31 décembre 2012

	Nbre mensuel de bnfés	Nbre bnfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel de déduction
Janv 2012	88 959	789 462	-	-
Fév. 2012	86 281	810 076	636 573	276 €
Mars 2012	88 075	822 925	-	-
Avril 2012	74 244	838 157	-	-
Mai 2012	79 721	847 914	685 103	275 €
Juin 2012	89 837	874 880	-	-
Juil 2012	76 881	894 359	-	-
Août 2012	77 959	914 370	738 623	276 €
Sept. 2012	77 289	932 900	-	-
Oct. 2012	91 402	962 412	-	-
Nov. 2012	91 206	988 106	773 881	275 €
Déc. 2012	83 307	1 005 161	-	-

## ■ La hausse sensible enregistrée sur la délivrance d'attestations impacte l'utilisation effective de l'aide auprès d'un OC

En parallèle de la hausse sensible constatée sur la délivrance, une hausse est concomitamment constatée sur le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS qui s'élève à 773 881 à fin novembre 2012 : + 24,8 % par rapport à fin novembre 2011. Il existe logiquement un décalage entre délivrance et utilisation compte-tenu du délai pour utiliser son attestation. Certains organismes complémentaires peuvent également effectuer des régularisations (décalages dans les déclarations), qu'il est difficile d'anticiper. L'ensemble des chiffres déclarés par les OC dans le cadre de leurs déclarations sont cependant systématiquement contrôlés afin de déceler d'éventuelles ruptures anormales. En forte période de montée en charge comme actuellement, on peut ainsi constater des fluctuations sur le taux d'utilisation trimestriel des attestations.

Le taux d'utilisation ressort à un niveau très élevé : 80,4 % à fin novembre 2012.

### L'utilisation des attestations ACS auprès des OC entre février 2011 et novembre 2012

	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Évolution / T-1	Évolution / N-1	Taux d'utilisation des attestations (*)
Fév. 2011	528 404	- 0,8 %	7,1 %	82,0 %
Mai 2011	561 614	6,3 %	8,6 %	84,4 %
Août 2011	595 936	6,1 %	11,0 %	84,8 %
Nov 2011	619 957	4,0 %	16,3 %	83,9 %
Fév. 2012	636 573	2,7 %	20,5 %	80,6 %
Mai 2012	685 103	7,6 %	22,0 %	81,7 %
Août 2012	738 623	7,8 %	23,9 %	82,6 %
Nov. 2012	773 881	4,8 %	24,8 %	80,4 %

Source : Fonds CMU

(\*) Nombre d'utilisateurs constatés à l'issue du mois M / Nombre de bénéficiaires sur 12 mois glissants à M-1.

## Études et Rapports

### ■ Panorama réalisé par l'IRDES sur la complémentaire santé collective en France en 2009 et l'opinion des salariés sur le dispositif

Les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 (2<sup>e</sup> édition après celle de 2003), dressent un panorama de l'offre de complémentaire santé collective et de sa diffusion.

En 2009, 44 % des établissements de France métropolitaine (hors secteurs agricole et public) proposent une complémentaire santé collective.

La complémentaire collective reste inégalement répartie : 93 % des établissements appartenant à des entreprises de 250 salariés et plus déclarent proposer une complémentaire santé à tout ou partie de leurs salariés contre 33 % des établissements de moins de 10 salariés.

L'offre de complémentaire santé est également liée à la composition socioprofessionnelle : les établissements appartenant à des entreprises qui emploient une forte proportion de cadres proposent plus fréquemment une complémentaire santé : ainsi, parmi les entreprises de 10 salariés et plus, 37 % des établissements dont l'entreprise n'emploie pas de cadres (1<sup>er</sup> quintile) proposent une complémentaire santé, alors qu'ils sont au moins 85 % dans les entreprises qui en emploient plus de 10 %.

Pour les établissements financeurs, le taux de participation ressort en moyenne à 56 %.

Les entreprises employant la proportion la plus importante de cadres proposent en moyenne des niveaux de garantie plus élevés.

Selon les résultats du volet Salariés de l'enquête, 98 % déclarent bénéficier d'une complémentaire santé. Ils sont 60 % à déclarer en bénéficiaire par le biais de leur entreprise.

Les trois quarts des salariés couverts déclarent préférer conserver leur couverture plutôt que la voir disparaître au profit d'une augmentation de salaire. Ce sont les salariés les plus aisés qui se prononcent le plus souvent contre la suppression de la complémentaire d'entreprise.

■ Une synthèse du rapport est disponible sur [www.cmu.fr/autres\\_publications](http://www.cmu.fr/autres_publications).

### ■ Le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC

Selon l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement est chargé d'établir un rapport annuel présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé. Le 4<sup>e</sup> rapport rédigé par la DREES vient de paraître et présente les résultats obtenus pour les années allant de 2009 à 2011.

Près de 90 % du chiffre d'affaires global des mutuelles concerne leur activité santé alors que ce taux n'est que de 47 % pour les institutions de prévoyance, de seulement 13 % pour les sociétés d'assurance "non vie" et de 7 % pour les sociétés d'assurance « mixte ».

La nature des couvertures santé est différente selon le type d'OC : 73 % des primes des mutuelles (76 % de celles des sociétés d'assurance

"non vie") correspondent à des contrats individuels contre 24 % pour les sociétés d'assurance "mixte" et 16 % pour les institutions de prévoyance. Par rapport à l'année 2010, on constate une dégradation des résultats techniques pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, à l'inverse, une amélioration de la situation des mutuelles. L'évolution favorable des mutuelles s'explique par une augmentation de leurs primes parallèlement à une diminution de leurs charges de prestations. A contrario, dans le cas des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance, l'augmentation des charges de prestations dépasse celle des primes.

Dans tous les cas, les résultats techniques en santé sont tirés à la baisse par la gestion des contrats collectifs.

Au-delà, le poids des charges de gestion (frais de gestion sur prestations payées, frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes ressortent sensiblement différents selon les organismes : 24,6 % pour les sociétés d'assurance "non vie", contre 14,4 % pour les institutions de prévoyance et 17,5 % dans le cas des mutuelles. Si pour les seuls frais de gestion sur prestations payés, les écarts entre les types d'organismes apparaissent faibles, ils sont significatifs pour les frais d'acquisition. Leur poids apparaît relativement plus fort pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats "individuels".

### ■ Les effets d'une complémentaire santé gratuite ou aidée sur l'accès aux soins. Etude comparée de l'efficience des dispositifs existants dans le département des Alpes de Haute-Provence

Ce projet d'étude fait suite à un travail précédent réalisé par l'ODENORE (l'Observatoire des non-recours aux droits et services) sur les effets de l'action d'information développée par la CPAM des Alpes de Haute-Provence en direction d'assurés sociaux identifiés sans complémentaire santé qui avait démontré l'efficacité de cette action en termes d'accès de ces assurés à une complémentaire santé. Au vu de ce résultat encourageant, la Caisse a souhaité prolonger la réflexion et évaluer cette fois l'efficience de cet accès à une complémentaire santé sur la consommation de soins.

Les résultats de cette étude montrent que l'acquisition d'une complémentaire santé a changé la consommation des assurés sociaux. En effet, celle-ci a fait chuter les taux de non-recours, c'est-à-dire la non consultation d'un type de professionnels de santé, notamment en ce qui concerne les actes dentaires, les actes effectués chez un médecin généraliste et les actes pharmaceutiques. De plus, pour ces trois différents types d'actes les moyennes des montants de remboursements sont en forte augmentation après l'acquisition. Les assurés ayant acquis une complémentaire santé se dirigent donc vers des actes plutôt courant et de première nécessité une fois celle-ci acquise.

■ Un résumé de l'étude est présenté sur le site : [www.cmu.fr/etudes-du\\_fonds](http://www.cmu.fr/etudes-du_fonds).

## Fréquence OC

### ■ Nouvelles modalités de financement des dépenses de CMU-C

L'article 22 de la loi n° 2012-1404 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 modifie les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires. À compter de 2013, ils sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire devant être fixé à 400 € en 2013 par un décret à paraître prochainement.

Ainsi, lorsque le coût moyen par bénéficiaire enregistré par un organisme gestionnaire est inférieur au montant forfaitaire, la totalité des dépenses de CMU-C est remboursée. Dans le cas contraire, le remboursement est plafonné au montant forfaitaire.

Dans un souci de simplification, la prise en charge des dépenses de CMU-C s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel par bénéficiaire de la CMU-C présent dans les effectifs de l'organisme gestionnaire le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil concerné.

Le montant de l'acompte forfaitaire par bénéficiaire sera identique sur les quatre trimestres de l'année 2013. Une régularisation des acomptes interviendra avant une échéance qui sera précisée dans un décret à paraître.

L'année 2013 sera donc une année de transition en conservant les modalités déclaratives antérieures. C'est à partir de 2014 que l'impact de cette mesure sera le plus important (même si des écritures comptables devront être enregistrées dès l'exercice 2013).

## Textes à la une

### ■ Montant du contrat de sortie CMU-C

Le contrat de sortie est proposé par les organismes complémentaires gestionnaires aux bénéficiaires dont les droits à la CMU-C sont arrivés à expiration.

Jusqu'à présent, l'arrêté du 27 avril 2001 fixait le montant du contrat de sortie en référence à l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale. Compte tenu des nouvelles dispositions introduites par l'article 22 de la LFSS pour 2013, ayant modifié l'article précité, il était nécessaire qu'un texte intervienne de nouveau pour fixer le montant du contrat de sortie.

L'arrêté du 8 mars 2013, publié au Journal Officiel du 19 mars 2013, fixe le montant maximum du contrat de sortie pour une personne à 370 €.

### ■ Publication de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C pour 2013

Suite à l'omission intervenue lors de la publication du 15 février, il a été procédé à une nouvelle publication de la décision et de son annexe dans le Bulletin officiel Santé Protection Sociale Solidarité du 15 mars 2013.

## Du côté des associations

### ■ Les suites de l'initiative d'Optique Solidaire

L'association Optique Solidaire créée en juin 2011, visant notamment à favoriser l'accès des populations les plus défavorisées à des équipements optiques de qualité a lancé une initiative en faveur des bénéficiaires de l'ACS. Elle consiste à mobiliser l'ensemble de la filière optique : ophtalmologistes, opticiens, fabricants de montures et verres, complémentaires santé volontaires, afin de proposer aux bénéficiaires de l'ACS âgés de 60 ans et plus, un "Pass lunettes" nominatif offrant un accès à une consultation ophtalmologique sans dépassements d'honoraires et

un équipement optique complet avec un reste à charge nul ou moindre. Ce projet a été lancé au niveau national au mois de juillet 2012.

A la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2013, 650 personnes ont bénéficié ce dispositif. L'association est aujourd'hui constituée de près de 540 opticiens. Depuis le début de l'année 6 nouvelles complémentaires santé ont rejoint l'initiative ce qui porte leur nombre à 18. Tous les partenaires de l'association restent mobilisés pour toucher de plus en plus de personnes.

 [www.optiquesolidaire.fr](http://www.optiquesolidaire.fr)

## Ils se sont réunis

### ■ Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds s'est réuni de manière un peu exceptionnelle le 22 février dernier, sous la présidence de Michel Thierry (IGAS), pour intégrer dans le budget 2013 les nouvelles dispositions introduites par les articles 22 et 24 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité Sociale pour 2013 (cf. Références n°50).

A ce stade, la revalorisation du plafond de la CMU-C et de l'ACS, découlant du Plan pauvreté du 21 janvier 2013, n'a pas été inscrite dans le budget

modificatif 2013, la date d'application et les modalités de financement de cette mesure nécessitant encore d'être précisées. Une décision modificative n°2 sera donc inscrite au prochain conseil d'administration.

A l'occasion de cette séance, Monsieur Michel Thierry, qui présidait son dernier conseil d'administration, a été remercié chaleureusement pour la confiance accordée aux équipes du Fonds CMU tout au long de son mandat, c'est-à-dire depuis l'entrée en vigueur de la loi CMU.

La procédure de nomination d'un nouveau président est actuellement en cours.

## Pour plus d'informations : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

**Références** - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie  
 Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -  
 Courriel : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr) - Site : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Directeur de la publication : Raphaëlle Verniolle -  
 Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Avril 2013