



## LES DIFFERENTES COUVERTURES SANTÉ : FICHE DE SYNTHÈSE

	<b>CMU (DE BASE)</b> Couverture Maladie Universelle	<b>CMU-C</b> CMU complémentaire	<b>ACS</b> Aide à la complémentaire santé	<b>AME</b> Aide médicale de l'Etat
<b>Le principe</b>	Etre remboursé de la part obligatoire de ses dépenses de santé = agit en tant que sécurité sociale	Etre remboursé de la part complément. de ses dépenses de santé = agit comme une mutuelle	Une aide à la complémentaire santé, lorsqu'on a des revenus modestes mais supérieurs aux plafonds de la CMU-C	Permettre l'accès aux soins aux personnes en situation irrégulière sur le territoire
<b>Les droits ouverts</b>	Bénéficiaire de l'accès aux soins et aux remboursements des dépenses de santé au même taux que tous les autres assurés sociaux  Ne prend pas en charge : - dépassements d'honoraires - forfait journalier à l'hôpital - franchise médicale de 1 €	- Prise en charge de la part complémentaire - prise en charge de la franchise médicale - Prise en charge partielle de certains dépassements de tarifs (lunettes, prothèses, etc.) - prise en charge du forfait journalier à l'hôpital - Dispense d'avance de frais (= tiers-payant intégral) - Eligible automatiquement au tarif première nécessité (TPN) et du tarif spécial de solidarité (TSS)	- Aide au financement de la complémentaire santé, sous forme de chèque, en fonction de l'âge des membres du foyer moins de 16 ans : 100 € de 16 à 49 ans : 200 € de 50 à 59 ans : 350 € 60 ans et + : 500 € - Tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires - Dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie - Eligible automatiquement au tarif première nécessité (TPN) et du tarif spécial de solidarité (TSS)	- Prise en charge à 100 % (= tiers payant intégral) des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale - Dispense d'avance de frais - prise en charge du forfait journalier à l'hôpital - Prise en charge de la franchise médicale  A NOTER : des soins urgents peuvent sous certaines conditions être pris en charge intégralement pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'AME (soins vitaux, accouchement, I.V.G., soins sur mineurs, etc.)
<b>Exemples de prise en charge</b>			<p>Par exemple, pour une famille avec deux enfants à charge, le montant de l'aide sera de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 € pour la mère de 45 ans ;</li> <li>- 350 € pour le père de 52 ans ;</li> <li>- 200 € pour le 1<sup>er</sup> enfant de 20 ans ;</li> <li>- 100 € pour le 2<sup>eme</sup> de 10 ans.</li> </ul> <p>Soit au total, 850 € de réduction sur une complémentaire santé famille pour 1 an</p>	
<b>Les publics concernés</b>	Tous les membres du foyer	Tous les membres du foyer	Tous les membres du foyer	Tous les membres du foyer

<b>Les conditions de résidence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etre de nationalité française ou étrangère en situation régulière ou avoir entamer des démarches pour obtenir un titre de séjour</li> <li>– Habiter en France depuis plus de trois mois <b>de manière ininterrompue</b> (pas de conditions de résidence pour certains publics ASPA, AAH, RSA, chômage, réfugiés, etc.)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Justifier de son identité</li> <li>– Résider en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue en situation irrégulière</li> </ul>
<b>Les conditions de ressources</b>	Pas de conditions de ressources	Plafonds de revenus en fonction du nbre de personnes composant le foyer : - 1 personne : 7 934 € - 2 personnes : 11 902 € - 3 personnes : 14 382 € - 4 personnes : 16 662 € - personne sup. : + 3173 €	Plafonds de revenus en fonction du nbre de personnes composant le foyer : - 1 personne : 10 711 € - 2 personnes : 16 067 € - 3 personnes : 21 459 € - 4 personnes : 25 036 € - personne sup. : + 4 768 €	Plafonds de revenus en fonction du nbre de personnes composant le foyer : - 1 personne : 7 934 € - 2 personnes : 11 902 € - 3 personnes : 14 382 € - 4 personnes : 16 662 € - personne sup. : + 3173 €
<b>Le coût</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gratuit si revenu fiscal de référence inférieur à 9356 €</li> <li>– Gratuit si bénéficiaire CMU-C</li> <li>– Sinon, cout 8% du revenu fiscal de référence</li> </ul>	gratuit	gratuit	gratuit
<b>La demande</b>	Via le formulaire Cerfa n°11*419 + pièces justificatives	Via le formulaire Cerfa 12*504 + pièces justificatives	Via le formulaire Cerfa 12*812 + pièces justificatives	Via le formulaire Cerfa 50*741 + pièces justificatives
<b>La durée de validité</b>	1 an	1 an	1 an	1 an
<b>Le renouvellement</b>	Formulaire de renouvellement envoyé automatiquement par la S.S. avant le 01/08, à renvoyer avant le 15/09	Formulaire de renouvellement à renvoyer à la CPAM 2 mois avant la fin des droits	Formulaire de renouvellement à renvoyer à la CPAM 2 mois avant la fin des droits	Formulaire de renouvellement à renvoyer à la CPAM 2 mois avant la fin des droits
<b>Les voies de recours en cas de refus de la demande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gracieux auprès de la CPAM et / ou devant la commission départementale d'aide sociale (CDAS) et / ou devant la commission de recours amiable (CRA) dans un délai de 2 mois après refus CPAM</li> <li>– Contentieux auprès du Tribunal des affaires de la Sécurité Sociale (TASS) dans un délai de 2 mois après refus recours gracieux</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– gracieux auprès de la CPAM dans un délai de 2 mois</li> <li>– et / ou contentieux devant la CDAS</li> </ul>

sources : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ; [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr) ; [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

barèmes appliqués : valables au 1<sup>er</sup> juillet 2012