

## La Couverture Maladie Universelle (CMU) et CMU-C (complémentaire)

Il a été créé une couverture maladie universelle afin d'assurer la prise en charge des soins aux assurés en situation de précarité, à la fois pour la part prise en charge par la sécurité sociale (CMU de base) mais également pour la part complémentaire (CMU-complémentaire).

*« Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais ».*

[LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/lois/loi/99-641)

La CMU complémentaire comprenait le remboursement :

- du ticket modérateur (solde des frais médicaux non remboursés par le régime de base)
- forfait hospitalier
- des franchises sur les actes médicaux,
- des forfaits de dépassement pour les frais dentaires, de prothèses, d'orthopédie, de lunettes.

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la CMU de base a été supprimée, elle a été remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMA).**

**La CMU-C a quant à elle été remplacée par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).<sup>1</sup>**

## La Protection Universelle Maladie (PUMA)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est entrée en application, en remplacement de la CMU de base.

### ➤ **En quoi consiste la PUMA ?**

Elle assure une prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

---

<sup>1</sup> Dossier réalisé à partir des informations collectées sur les sites internet de l'Assurance maladie, de la Complémentaires santé solidaire, de Légifrance, de l'Assemblée nationale et du Sénat.

## Exemple d'une consultation chez le médecin traitant



### ➤ Qui est concerné ?

La PUMA assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable<sup>2</sup> et régulière<sup>3</sup> la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Pour les personnes qui exercent une activité professionnelle :

- les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte ;
- les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales...) ont
- également droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle.

Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

A noter que certaines personnes de nationalité étrangère peuvent être couvertes grâce à des accords conclus avec leur pays d'origine. Pour aller plus loin : [Sécurité sociale et mobilité internationale \(cleiss.fr\)](https://www.cleiss.fr)

<sup>2</sup> Il faut résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique, à la Réunion, à Saint Barthélemy ou à Saint-Martin, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

La stabilité peut être prouvée par tout moyen, par exemple par un bail de location datant de plus de trois mois, par trois quittances de loyer successives, par deux factures successives d'électricité, de gaz, de téléphone. Il peut aussi s'agir d'un justificatif attestant de la perception d'une des prestations ou allocations attribuée sous des conditions de résidence équivalentes.

<sup>3</sup> Cette condition est exigée des personnes de nationalité étrangère non ressortissantes de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. Le demandeur et les personnes majeures à charge doivent posséder un titre de séjour ou attester qu'ils ont déposé un dossier de demande d'un titre de séjour (récépissé de dépôt de demande, convocation ou rendez-vous en préfecture...).

A noter qu'il existe toutefois des exceptions à ces conditions de régularité et de stabilité.

### Quid des ayants droits ?

Changement par rapport à la CMU, la PUMA prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit. Ainsi, pour les 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit.

Toutefois, il est possible de demander à bénéficier de la PUMA à titre personnel à partir de 16 ans.

### ➤ Comment en bénéficier ?

Constitution du dossier et envoi/dépôt de la demande :

Les personnes qui ne travaillent pas mais qui résident en France de manière stable et régulière ont un formulaire à remplir et à transmettre à la CPAM du lieu de résidence ou à celle dont le demandeur dépendait antérieurement.

[10795 CHEMISE COMP 9 \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr)

Le dossier est adressé par courrier (ou déposé) à la CPAM du lieu de résidence ou à celle dont le demandeur dépendait antérieurement.

Suivi de la demande :

Seule la caisse auprès de laquelle la demande a été déposée peut fournir les renseignements nécessaires.

À la fin de l'étude de la demande, la décision est notifiée par courrier. Elle peut être contestée dans les délais et conditions détaillées dans le courrier de notification.

## La complémentaire santé solidaire (C2S)

Etant rappelé que la C2S remplace désormais la CMU-C.

### ➤ En quoi consiste la C2S ?

La complémentaire santé solidaire donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

La complémentaire santé solidaire inclut aussi des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les aides auditives...



**A noter :** un dépassement d'honoraires peut être appliqué par le professionnel de santé si le bénéficiaire a des demandes particulières, comme les consultations hors des heures habituelles ou des visites à domicile non justifiées.

Pour faciliter l'accès aux soins, le bénéficiaire ne paye pas directement ses dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais ou tiers payant.

## Exemple d'une consultation chez le médecin traitant



### ➤ Qui est concerné ?

Ont droit à la complémentaire santé solidaire :

- Les personnes qui bénéficient de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie en raison de leur activité professionnelle ou de leur résidence stable et régulière en France ;
- Et dont les ressources sont inférieures à un montant<sup>4</sup> qui dépend de la composition du foyer<sup>5</sup>.

La C2S bénéficie à l'ensemble du foyer et ne peut être demandée qu'une fois par foyer.

Une demande individuelle est possible dans certains cas (étudiants, conjoints séparés, mineurs de plus de 16 ans ayant rompu leurs liens familiaux...).

#### Cas particulier 1 : les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA)

Le bénéficiaire du RSA a droit pour lui-même ainsi que pour les membres de son foyer à la Complémentaire santé solidaire sans participation financière.

Depuis le 1er janvier 2022, cette attribution est automatique sauf opposition expresse de la part du bénéficiaire.

Aucune déclaration de ressources doit être effectuée.

#### Cas particulier 2 : les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Depuis le 1er avril 2022, celles et ceux qui perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées et que n'ont pas exercé d'activité professionnelle les 3 mois qui précèdent leur demande, ont droit à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Aucune déclaration de ressources doit être effectuée.

<sup>4</sup> [Microsoft Word - Plafond C2S site internet 2022.docx \(complementaire-sante-solidaire.gouv.fr\)](#)

<sup>5</sup> Par foyer, il faut entendre : soi-même ; le/la conjoint(e) ou le/la concubin(e) ou le/la partenaire dans le cadre d'un Pacs (pacte civil de solidarité) ; les personnes à charge de moins de 25 ans.

## ➤ Quel coût pour la C2S ?

Selon les ressources du demandeur, la Complémentaire santé solidaire peut être sans ou avec participation financière.

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence (métropole ou DOM) et la composition du foyer. Etant précisé qu'un plafond différent (plus élevé) sera appliqué dans les DOM<sup>6</sup>.

Les revenus pris en compte pour le calcul sont, notamment, les salaires, les allocations chômage, l'allocation de solidarité spécifique, les retraites, les pensions d'invalidité, l'allocation adulte handicapé, les allocations familiales, les pensions alimentaires,

les intérêts de compte de placement lorsqu'ils sont imposables...

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

En revanche, certaines ressources sont exclues du calcul des droits à la C2S<sup>7</sup> : allocation de rentrée scolaire, allocation d'éducation de l'enfant handicapé...

### Plafonds de ressources applicables au 1er avril 2022 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	9 203 €	12 424 €
2 personnes	13 805 €	18 637 €
3 personnes	16 566 €	22 364 €
4 personnes	19 327 €	26 091 €
Au-delà de 4 personnes	+ 3 681 € par personne supplémentaire	+ 4 970 € par personne supplémentaire

<sup>6</sup> La Complémentaire santé solidaire ne s'applique pas à Mayotte, Wallis-et-Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

<sup>7</sup> [Article R861-10 - Code de la sécurité sociale - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/ArticleR/R861-10)

Entre le plafond de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière et ce plafond majoré de 35%, il est possible de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire avec participation.

Le montant mensuel de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière dépendra de l'âge de chaque personne du foyer. Etant précisé que pour les bénéficiaires du régime local d'Alsace-Moselle, la participation financière peut être réduite.

Montant mensuel de la participation financière par bénéficiaire	
Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

### ➤ Comment en bénéficier ?

La demande peut être faite :

- ➔ sur internet depuis le compte AMELI (formulaire de demande dans la rubrique « Mes démarches »).
- ➔ Ou en envoyant ou en déposant le formulaire de [Demande de Complémentaire santé solidaire \(PDF\)](#) et les justificatifs demandés à sa caisse d'assurance maladie.

À réception du dossier complet, la CPAM étudie la demande dans un délai de 2 mois et informe de sa décision.

- En cas de refus, il est possible de la contester en écrivant à la commission de recours amiable de la CPAM, dont l'adresse est mentionnée sur le courrier de refus. Ce recours devra être exercé sous un délai de 2 mois à compter de la décision de refus.

- En cas d'acceptation :

Si le demandeur bénéficie de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, la caisse d'assurance maladie adressera une attestation de droits à la Complémentaire santé solidaire.

Le demandeur sera invité à mettre à jour sa carte Vitale pour ne pas payer ses frais de santé.

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour un an, à partir du 1er jour du mois suivant la date de décision de la CAPM, quelle que soit l'évolution de la situation du bénéficiaire pendant cette année.

Si le demandeur bénéficie de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière, la CAPM informera de ce droit ainsi que du montant des participations financières dues pour chaque membre du foyer.

Les participations financières seront à payer à l'organisme choisi par le demandeur pour la gestion de sa Complémentaire santé solidaire.

Le renouvellement des droits à la Complémentaire santé solidaire n'est pas automatique, avant la fin des droits, il faut faire une nouvelle demande.

Pour éviter une rupture des droits, il est recommandé de faire une demande au plus tard 2 mois avant la fin des droits (et au plus tôt 4 mois).

Pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA (ou d'un minimum vieillesse), le renouvellement est automatique.



## L'aide médicale d'Etat (AME)

### ➤ En quoi consiste l'AME ?

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière au regard de la législation du droit au séjour en France (sans titre de séjour ou sans document prouvant l'engagement des démarches pour obtenir un titre de séjour) de bénéficier d'un accès aux soins.

A noter l'existence d'une AME dite à titre humanitaire (prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas

sur le territoire), mais avec peu de personnes éligibles.

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

Pour les personnes majeures, dont le droit à l'AME débute à compter du 1er janvier 2021, la prise en charge de certains frais de santé est conditionnée à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME de 9 mois<sup>8</sup>.

Pour plus d'informations sur les soins concernés : [Aide médicale de l'État et soins urgents | ameli.fr | Assuré](#)

En revanche, les dépassements d'honoraires restent à la charge du bénéficiaire.

<sup>8</sup> [Article R251-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Le bénéficiaire a droit à la dispense d'avance de frais, c'est-à-dire qu'en présentant sa carte AME au professionnel de santé, il n'a rien à régler. La consultation est directement réglée par l'assurance maladie.



A noter sur la possibilité de prise en charge rétroactive :

Si l'AME est accordée pour une période d'un an, à compter de la date de dépôt du dossier de demande d'AME, une prise en charge rétroactive est possible.

Ainsi, lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d'entrée dans l'établissement ou de la date de soins. Pour bénéficier d'une prise en charge rétroactive, le patient doit remplir les conditions d'attribution de l'AME au moment des soins et transmettre sa demande d'AME dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la date des soins. Le délai de rétroactivité de l'AME, auparavant de 30 jours, est en effet porté à 90 jours depuis le 1er janvier 2021.

### Exemple d'une consultation chez un médecin généraliste



### ➤ Qui est concerné ?

Ont droit à l'AME les ressortissants étrangers en situation irrégulière en France (hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable), sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- Justifier de son identité (passeport indiquant la date d'entrée en France, carte nationale d'identité, extrait d'acte de naissance ou livret de famille, copie d'un ancien titre de séjour, permis de conduire, carte professionnelle du pays d'origine...)
- résider de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois en France (métropole et départements d'outre-mer, excepté Mayotte où l'AME n'est pas applicable) et justifier de cette stabilité ;
- avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond (le même que celui de la Complémentaire santé solidaire).

Si le demandeur a des personnes à charge, elles peuvent, elles aussi, bénéficier de l'AME. Ces personnes peuvent être :

- le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs ;
- les enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Les membres de la famille résidant à l'étranger et qui sont en visite en France n'ont pas le droit à l'AME au titre de personnes à charge.

Si le demandeur est retenu, maintenu ou en instance de reconduite à la frontière dans un centre de rétention administrative (CRA), il peut être admis à l'AME pour bénéficier de soins si son état de santé le nécessite.

Lorsqu'il est libéré après une détention, il peut bénéficier de AME dès lors qu'il remplit les conditions de résidence stable en France et de ressources.

### ➤ Comment en bénéficier ?

Pour une première demande, le formulaire [Demande d'aide médicale de l'État \(AME\) \(PDF\)](#) et les justificatifs sont à déposer personnellement à l'accueil d'un organisme d'assurance maladie, ce qui permet de vérifier la présence physique du demandeur sur le territoire lors du dépôt de sa demande, en comparant son identité avec celle déclarée dans le dossier de demande.

L'Assurance maladie peut accepter ou refuser une demande d'aide médicale de l'État (AME).

En cas de refus, le demandeur dispose d'un délai de 2 mois, à partir de la réception du courrier, pour demander un recours gracieux auprès du directeur de la caisse d'assurance maladie et/ou faire un recours contentieux devant le tribunal administratif de son lieu de résidence.

Toute absence de réponse de l'Assurance maladie dans un délai de 2 mois suivant l'envoi d'un dossier (même incomplet) signifie que sa demande d'AME a été refusée.

En cas d'acceptation, le demandeur sera convoqué pour retirer auprès de sa caisse d'assurance maladie sa carte d'admission à l'AME, sur laquelle figurera sa photo.

Toutefois, il est possible d'adresser la carte par voie postale, à la demande du bénéficiaire, en cas d'empêchement du bénéficiaire dans les situations suivantes : personne à mobilité réduite ; personne sous tutelle ou curatelle ; mineur non accompagné ; personne dont l'état de santé interdit tout déplacement (hospitalisation, soins palliatifs...) ; personne ayant changé de département de résidence entre le dépôt de la demande et le retrait de la carte.

Etant précisé que l'admission à l'AME ne permet d'obtenir ni carte Vitale ni carte européenne d'assurance maladie.

L'AME est accordée pour une durée d'un an, à compter de la date de dépôt de la demande.



A noter que l'AME peut être reconduite chaque année tant que les conditions sont remplies. Mais, ce renouvellement n'est pas automatique.

Le renouvellement doit être demandé deux mois avant la date d'échéance figurant sur la carte de droit à l'AME. La demande de renouvellement se fait dans les mêmes formes que la première demande et il faut joindre toutes les pièces justificatives.

### ➤ L'AME, entre vérités et fantasmes

L'AME présente un caractère fortement symbolique et est sujette à de nombreuses controverses. Elle est fréquemment citée et exploitée dans le débat public. C'est pourquoi il est intéressant de donner quelques chiffres et éléments de réflexions, en toute neutralité.

Selon un rapport d'enquête de l'Assemblée nationale sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France de novembre 2021<sup>9</sup> :

« (...) ce dispositif qui donne lieu à un financement budgétaire d'1 milliard d'euros, coût qui peut sembler élevé à certains, ne représente qu'« un peu plus de 0,5 % de la consommation totale de biens et services médicaux » ».

*Les travaux de la commission d'enquête mettent en lumière trois difficultés : un taux de recours à l'AME très bas, des pièces demandées parfois de manière abusive par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) lors de la constitution des dossiers, et le récent durcissement des délais encadrant le recours à l'AME.*

De son côté, le Sénat dans le cadre de ses travaux sur le projet de loi de finances pour 2022 relevait que :

*« Dans le projet de loi de finances pour 2022, les crédits demandés pour l'AME s'élèvent à 1,079 milliard d'euros.*

*(...) Les sommes consacrées à l'aide médicale d'État connaissent une augmentation quasi-continue depuis 2012, et l'année 2022 ne fait pas exception »<sup>10</sup>.*

<sup>9</sup> [Microsoft Word - I4665vinternetV2 \(assemblee-nationale.fr\)](https://www.assemblee-nationale.fr)

<sup>10</sup> [Projet de loi de finances pour 2022 : Santé \(senat.fr\)](https://www.senat.fr)