

« Le Tryalis »  
9, rue de Rosny  
93100 MONTREUIL Sous BOIS

<b>Maladie</b>	<b>LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (C.M.U.)</b>	<b>Fiche 204</b>
----------------	---	----------------------

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

#### ➤ EN QUOI CONSISTE LA C.M.U. ?

La loi a institué un système d'accès aux soins basé sur DEUX DROITS FONDAMENTAUX :

- un droit immédiat à une **assurance maladie de base**, sous critère de résidence, pour toutes les personnes n'ayant pas de droits ouverts dans un régime obligatoire ;
- un droit à une **assurance complémentaire gratuite**, sous condition de ressources, ainsi qu'au tiers-payant (*dispense d'avance des frais*).

#### ➤ LES BENEFICIAIRES

##### • Pour la couverture maladie universelle de base :

Toute personne résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer et ne bénéficiant pas, par ailleurs, de protection sociale.

Le critère de résidence stable et régulière est présumé rempli dès lors que le demandeur peut justifier d'une résidence ininterrompue de plus de 3 mois, et s'il est de nationalité étrangère, de la régularité de son séjour.

La CMU de base a pour but de permettre aux personnes qui, jusqu'à maintenant, n'avaient aucune couverture maladie, d'obtenir des droits aux prestations en nature de la Sécurité Sociale (*médecin, pharmacie, hôpital...*).

La CMU de base concerne également toutes les personnes qui étaient affiliées à l'assurance personnelle et dont les cotisations étaient (*ou non*) prises en charge par l'aide médicale du département. C'est le cas principalement des bénéficiaires du RMI dont l'inscription à la CMU a été automatique au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

La création de la CMU a entraîné la suppression de l'assurance personnelle, des régimes de base à caractère privé pouvant exister, ainsi que de l'aide médicale départementale gérée par les Conseils Généraux.

La gestion de la CMU de base a été confiée aux Caisses primaires d'assurance maladie du régime général des salariés.

La CMU de base est gratuite si les ressources du bénéficiaire sont inférieures à un plafond fixé par arrêté interministériel. Ce plafond est fonction de la composition du foyer de l'assuré (*nombre de personnes à charge*).

Pour une personne seule, ce plafond a été fixé, pour la période du **1<sup>er</sup> octobre 2010 au 30 septembre 2011**, à **9.029,00 €**.

Les bénéficiaires de la CMU de base dont les ressources dépassent les plafonds indiqués ci-dessous, sont redevables d'une cotisation correspondant à 8% du montant des ressources dépassant le plafond applicable à leur situation.

**Remarque** : Les ministres des cultes et les membres des congrégations et des collectivités religieuses ne peuvent prétendre à la Couverture Maladie Universelle de base (article L.382-15).

• **Pour la couverture maladie universelle complémentaire** :

Au critère de résidence stable et régulière sur le territoire français s'ajoute un **critère de ressources**, seules les personnes justifiant de ressources inférieures au plafond de **7.611,00 € par an** (*soit 634,00 € par mois pour une personne seule - montant métropole*) ont accès à la couverture maladie universelle complémentaire.

(Sont prises en compte l'ensemble des ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande, nettes de toutes les cotisations sociales obligatoires et de CSG-CRDS)

PLAFONDS DE RESSOURCES (à compter du 01/07/2010) <sup>(1)</sup>				
Nbre de personnes au foyer	Plafond annuel (€)		Plafond mensuel (€)	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM
1	7 611	8 471	634,00	706,00
2	11 417	12 707	951,00	1 059,00
3	13 700	15 249	1 142,00	1 271,00
4	15 984	17 790	1 332,00	1 483,00
5	19 028	21 179	1 586,00	1 765,00
Pour chaque personne supplémentaire	+ 3 044,54	+ 3 388,50	+ 253,71	+ 282,38

A ces montants, la CAVIMAC ajoute, pour les personnes qui sont propriétaires de leur logement, ou perçoivent des aides au logement ou sont logées à titre gratuit, un forfait dont le montant est aussi fonction de la composition du foyer.

<sup>(1)</sup> L'évolution de ces plafonds intervient chaque 1<sup>er</sup> juillet, en principe.

Ce forfait qui correspond à un avantage en nature ne s'applique pas toutefois aux ressortissants de la CAVIMAC qui vivent en collectivité, ne perçoivent pas d'aide au logement, et reversent leurs ressources personnelles à cette dernière (*situation à préciser dans le formulaire de demande : ligne 14 page 2*).

Le montant mensuel de ce forfait est le suivant à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2011 :

<i>Nombre de personnes au foyer</i>	<i>Forfait logement mensuel (€)</i>
1	56,04
2	112,08
3 ou plus	138,70

La CMU complémentaire est accordée pour une période d'un an, renouvelable après nouvel examen de la situation de l'intéressé et de son foyer.

#### ➤ **LA SPECIFICITE DU REGIME DES CULTES AU REGARD DE LA CMU**

- Les assurés du régime d'assurance maladie des cultes **sont exclus du bénéfice de la CMU de base**, car ils relèvent déjà d'un régime obligatoire de base. En outre, l'article 16 de la loi les exclut expressément du dispositif (*au même titre que les étudiants*).
- En revanche, les assurés de la CAVIMAC ont, comme tout autre assuré social, accès à la CMU complémentaire dans les conditions précédemment évoquées.

**Individualisation des ressources** : Dans le cadre du rapprochement progressif des règles de fonctionnement avec le régime général, les ressources retenues en matière de CMU par la CAVIMAC sont désormais les seules ressources individuelles des demandeurs.

#### ➤ **COMMENT BENEFICIER DE LA CMU COMPLEMENTAIRE : LES DEMARCHES A EFFECTUER**

Les assurés du régime d'assurance maladie des cultes dont les revenus sont inférieurs aux plafonds figurant dans le tableau de la page 2 peuvent demander à bénéficier de la CMU complémentaire.

Ils doivent s'adresser aux services de la CAVIMAC qui leur transmettront un dossier constitué des imprimés permettant de demander la CMU complémentaire, d'évaluer les ressources, et de choisir l'organisme gestionnaire de la CMU complémentaire.

*La loi donne en effet à chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire, le choix de l'organisme appelé à lui servir ses prestations. Il peut s'agir soit d'une Caisse d'assurance maladie, soit d'un organisme de protection complémentaire (Mutuelle, Compagnie d'assurance) inscrit sur une liste arrêtée par le Préfet de région.*

*Si le bénéficiaire est déjà assuré auprès d'un organisme de protection complémentaire, il peut transformer son contrat en adhésion CMU (si l'organisme est agréé CMU).*

De plus, si son contrat antérieur présentait des garanties supérieures, l'organisme doit lui proposer pour la part qui excède le niveau des prestations CMU un autre contrat basé sur les barèmes existants.

## ➤ **LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE PAR LA CMU COMPLÉMENTAIRE**

La CMU complémentaire couvre :

- L'intégralité du ticket modérateur (*part correspondant à la différence entre le remboursement du régime obligatoire et les tarifs de sécurité sociale*).
- Le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.
- Dans des limites fixées par arrêtés interministériels, des frais exposés au-delà des tarifs de sécurité sociale pour :

- **Les soins et les prothèses dentaires.**

- **Les prothèses auditives** : pour les adultes forfait de 243,92 € par période de deux ans en supplément du tarif « sécurité sociale » (199,72 €) ; des règles particulières s'appliquent pour des personnes de moins de 20 ans ou atteints simultanément de cécité et de déficit auditif.

*Toutefois, pour les prothèses plus complexes (numériques et programmables), le forfait ne permettra pas toujours de couvrir le montant total de l'appareil : une partie des frais (la différence entre le prix de l'appareil et le prix de vente CMU maximum) restera à la charge du patient ;*

- **L'optique** (verres et monture) : dans la limite d'une attribution par an et par bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 6 ans ou en cas d'aphasie (possibilité d'un rythme supérieur).

*La loi impose à l'opticien de vous proposer un dispositif, ou une gamme de dispositifs, respectant le prix de vente optique fixé par arrêté variant selon l'âge du bénéficiaire et la correction à apporter.*

*D'après la prescription médicale, l'opticien doit établir un devis comportant toutes les informations et vous le remet.*

*Après transmission du devis par vos soins, votre centre d'assurance maladie (le cas échéant, l'organisme complémentaire) apposera sa décision sur celui-ci.*

*L'opticien vous délivrera votre paire de lunettes gratuitement sur présentation du devis approuvé par votre caisse (le cas échéant, l'organisme complémentaire) et transmettra sa facture à la CAVIMAC.*

- Un certain nombre de dispositifs médicaux (*cannes, déambulateur, produits pour diabétiques...*) : dans la limite de tarifs fixés par arrêtés.

## ➤ **CONSEILS PRATIQUES :**

- Les demandes relatives à la CMU sont à effectuer auprès du service des prestations maladie (pôle Relations Extérieures).
- **Pour faciliter le traitement rapide des dossiers, il est demandé d'inscrire sur l'enveloppe d'expédition "dossier CMU".**