

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, LA « MUTUELLE » À UN EURO PAR JOUR

C'EST QUOI ?

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ont été fusionnées.

Objectif : permettre à davantage de personnes modestes de ne plus rien déboursier pour être soignées.

Selon les revenus et l'âge, cette **complémentaire santé solidaire** est gratuite ou coûte au maximum 30 euros par mois. Cette dernière peut couvrir l'ensemble de votre foyer.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Pour avoir accès à la **complémentaire santé solidaire**, il faut être affilié à un organisme d'assurance maladie : **CPAM** ou **MSA**.



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun



santé
famille
retraite
services

En plus de l'affiliation à un organisme d'assurance maladie de base, il faut justifier d'un certain niveau de ressources. Ce plafond de revenus dépend du nombre de personnes dans le foyer.

La **complémentaire santé solidaire** bénéficie, en effet à l'ensemble des membres de la famille.

Soit :

- le demandeur,
- son conjoint marié, son partenaire de Pacs, son concubin ou sa concubine,
- les personnes à charge âgées de moins de 25 ans.

PLAFOND DE RESSOURCES APPLICABLES AU 1^{er} AVRIL 2021

Nombre
de personnes
composant le foyer

1 personne
2 personnes
3 personnes
4 personnes

Plafond annuel CSS
sans participation
financière

9 041 euros
13 561 euros
16 273 euros
18 985 euros

Plafond annuel CSS
avec participation
financière

12 205 euros
18 307 euros
21 969 euros
25 630 euros



LES PRESTATION PRISES EN CHARGE

La **complémentaire santé solidaire** permet une prise en charge intégrale, depuis le 1^{er} novembre 2019, du panier de soins prévu par le futur dispositif du « reste en charge zéro » (ou « RAC 0 »), rebaptisé « 100% santé ».

Les bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire** peuvent non seulement profiter de l'ensemble du panier de soins « 100% santé », mais il est élargi pour eux puisqu'il intègre en plus les soins et équipements en orthodontie.

Concrètement, la **complémentaire santé solidaire permet une prise en charge à 100% (sans reste à charge) pour :**

- les consultations médicales à hauteur des tarifs maximum prévus par la sécurité sociale,
- les médicaments à hauteur des tarifs maximum prévus par la sécurité sociale,
- les analyses et examens médicaux (prise de sang, radiographie, échographie, scanner, IRM) à hauteur des tarifs maximum prévus par la sécurité sociale,
- les soins et prothèses dentaires (couronne, bridge...) éligibles au « 100% santé »,
- les lunettes et lentilles de correction éligibles au « 100% santé »,
- les audio-prothèses éligibles au « 100% santé ».

Par ailleurs, les bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire sont exonérés de :**

- la participation forfaitaire de 1 euro pour les consultations, actes, analyses et examens médicaux,
- la franchise médicale plafonnée à 50 euros par an sur les médicaments,
- le forfait journalier hospitalier (FJH) durant toute la durée d'hospitalisation,
- les transports sanitaires.

COMMENT EN FAIRE LA DEMANDE ?

Pour y avoir accès, il faut effectuer une demande auprès de son organisme d'assurance maladie de base (CPAM ou MSA). La procédure peut s'effectuer en ligne ou via un formulaire papier à envoyer ou à déposer à sa CPAM ou à sa caisse MSA. Une seule demande est à réaliser pour l'ensemble des membres du foyer.

Pour le formulaire en ligne, l'internaute doit se connecter à son espace personnel sur **ameli.fr** ou **msa.fr**. Le formulaire de demande en ligne de la **complémentaire santé solidaire** se trouve dans la rubrique « mes démarches ».

Pour le formulaire papier, le demandeur doit retirer son formulaire de demande de complémentaire santé solidaire (**cerfa n°12504*08**) au guichet de sa CPAM, de sa caisse MSA ou de sa mairie. Il peut aussi le télécharger sur internet et l'imprimer. Le formulaire rempli et accompagné des copies des justificatifs demandés doit être envoyé ou déposé à sa CPAM ou à sa caisse MSA.

Pour remplir le formulaire, le demandeur peut se faire aider par sa caisse d'assurance maladie, les services sanitaires et sociaux, une association agréée, un établissement de santé ou encore le centre communal d'action sociale (CCAS) de sa ville.

La CPAM ou la caisse MSA a deux mois pour donner son avis.

