

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

RÉFORME AU 1^{ER} NOVEMBRE 2019

« Mieux comprendre pour mieux accompagner vers l'accès aux droits »

La Complémentaire santé solidaire, pourquoi ?

Contexte de la réforme
&
décrets

CONTEXTE DE LA REFORME

- ❑ La population couverte par une complémentaire santé est de 94,4 %
 - Dont complémentaire privée : 87,7%
 - Dont CMUC : 5,6%
- ❑ Population non couverte : 5%
 - 12% d'entre eux ont un revenu inférieur à 926€
(source IRDES 2012)*
- ❑ Taux de recours à la CMUC et à l'ACS *(Source DREES** 2017)*

Nombre de personnes éligibles		taux de recours
CMUC	entre 6,6 et 7,9 millions	Entre 55% et 66%
ACS	entre 2,9 et 4,2 millions	Entre 41% et 59%

Nécessité de faire évoluer le dispositif ACS. Pourquoi?

□ La réforme du 100% santé

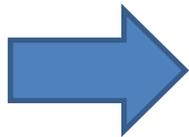
- Mise en place de tarifs sociaux (dentaire, audioprothèses et optique) et instauration de prix limite de vente
- Panier de soins CMUC amélioré

□ Mais aussi

- Persistance d'un taux élevé de non recours à l'ACS. 20% des titulaires d'attestation-chèque ne souscrivent pas de contrat
- Freins au recours
 - lourdeur des démarches à accomplir pour choisir un niveau de garantie puis un organisme complémentaire
 - persistance de frais élevés sur certains postes de soins
 - restes à payer importants, en dépit du chèque ACS, en raison des montants de cotisation élevés

□ Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2019 : refonte des dispositifs CMUC et ACS

- Extension de la CMUC aux bénéficiaires de l'ACS
- Changement de dénomination : La **Complémentaire santé solidaire**
- Mise en œuvre : 1^{er} novembre 2019
- Complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière
- Montant de la participation dépendant de l'âge du bénéficiaire



Fusion de la CMUC et de l'ACS en seul dispositif :

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

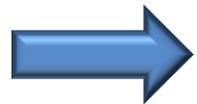
DECRETS ET ARRÊTES DU 23 JUIN 2019

- Les démarches et conditions d'attribution restent identiques : 1 formulaire unique. Le niveau de ressources détermine si une participation financière est due
- Le choix de l'organisme gestionnaire de la part complémentaire est réalisé à l'aide du formulaire de demande. Les organismes complémentaires privés habilités figurent sur une liste unique accessible à partir du Fonds de la Complémentaire santé solidaire (ex Fonds CMUC)
- Le dispositif sera cogéré entre les caisses d'Assurance-Maladie et les organismes complémentaires privés (OC)
- Une fois le droit attribué, les démarches d'adhésion sont initiées par le gestionnaire choisi : OC ou caisse
- Plus de choix à opérer entre 3 niveaux de contrat (ex dispositif ACS)

La Complémentaire santé solidaire, c'est quoi?

1. L'alignement des droits entre ex bénéficiaires CMUC et ACS
2. Un panier de soins unique sans reste à charge
3. Un seul dispositif sans ou avec participation financière à coût maîtrisé

- ❑ Tiers payant sur l'ensemble des actes du panier
 - sur les montants pris en charge par le régime obligatoire et la Complémentaire santé solidaire
- ❑ Obligation de respect des tarifs par les professionnels de santé
 - pas de dépassement de tarif (sauf exigence particulière)
- ❑ Exonération des participations forfaitaires et franchises
- ❑ Contrat de sortie à tarif préférentiel quand gestionnaire OC



Droits ouverts
dès lors que la Complémentaire santé solidaire est active
contrairement à l'ACS

UN PANIER DE SOINS UNIQUE SANS RESTE A CHARGE

Prestations		Prise en charge
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	TM
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	
	Analyses et examens de laboratoire	
	Médicaments	
	Matériel médical panier de soins	TM + forfait
	Complémentaire santé solidaire	
	Matériel médical autre	TM
Dentaire	Soins	TM
	Prothèses panier de soins	TM + forfait
	Complémentaire santé solidaire	
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins	TM + forfait
	Complémentaire santé solidaire	
Orthodontie autre	TM	
Optique	Equipements panier de soins	TM + forfait
	Complémentaire santé solidaire	
	Equipements autres	TM
	Lentilles	
Aides auditives	Equipements panier de soins	TM + forfait
	Complémentaire santé solidaire	
	Equipements autres	TM

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

est la fusion de la CMUC et de l'ACS en seul dispositif

Elle est:

- ❑ **SANS participation financière** jusqu'au plafond de ressources actuels de la CMUC : 746€/mois pour une personne seule
- ❑ **AVEC participation financière** pour les personnes dont les ressources se situent sous le plafond actuel de l'ACS : 1 007€ / mois pour une personne seule

LE MONTANT DES PARTICIPATIONS FINANCIÈRES

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution	Montant mensuel de la participation
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

- Le montant annuel de la participation financière ne pourra aller au-delà de 360€ (30€ par mois) pour les +70 ans
- Un montant différencié pour les personnes relevant du régime local d'Alsace Moselle (- 65%)

La Complémentaire santé solidaire, pour qui ?

1. Les personnes éligibles
2. Les plafonds de ressources

LES PERSONNES ÉLIGIBLES

- ❑ La Complémentaire santé solidaire s'adresse à des personnes aux profils socio-économiques divers (chômeurs, salariés, célibataires, familles...) cumulant des facteurs de vulnérabilité (handicap, précarité, vieillissement), avec des ressources légèrement en dessous du seuil de pauvreté.

- ❑ **Entre 9,5 et 12,1 millions de personnes peuvent potentiellement en bénéficier.** parmi elles, la majorité des titulaires de :
 - l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)
 - l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
 - les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en situation de pauvreté
 - les bénéficiaires du RSA
 - les retraités modestes qui perçoivent l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)
 - l'Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) ou le minimum vieillesse
 -

- ❑ Il faut être **assuré à un régime de sécurité sociale** (régime général, MSA...)

- ❑ **Percevoir des ressources inférieures au plafond fixé** selon la composition du foyer.

LES PLAFONDS DE RESSOURCES

Pour la métropole

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, en France métropolitaine, applicables au 1^{er} novembre 2019

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	8 951 €	12 084 €
2 personnes	13 426 €	18 126 €
3 personnes	16 112 €	21 751 €
4 personnes	18 797 €	25 376 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 580,38 €	+ 4 833,52 €

Pour l'Outre-Mer (hors Mayotte)

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, dans les départements d'Outre-mer (hors Mayotte), applicables au 1^{er} novembre 2019

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	9 952 €	13 449 €
2 personnes	14 944 €	20 174 €
3 personnes	17 932 €	24 209 €
4 personnes	20 921 €	28 243 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 984,97 €	+ 5 379,71 €

La Complémentaire santé solidaire, comment?

1. Les démarches pour demander la Complémentaire santé solidaire
2. Les démarches de renouvellement

FAIRE UNE DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

- ❑ **A partir du formulaire de demande (N°3711)** prochainement modifié pour tenir compte de la réforme (LR et circulaire à paraître). Indiquer:
 - La composition du foyer; les ressources; le choix de l'organisme appelé à gérer la part complémentaire en cas d'accord
 - Les pièces justificatives sont réduites. La prise en charge des frais de santé en cours de validité suffit à justifier des conditions d'ouverture de droit.
 - Joindre la photocopie du dernier avis d'imposition ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu + photocopie des derniers avis de taxe foncière et de taxe d'habitation si propriétaire d'un terrain ou d'un bâtiment non loué.

- ❑ **A partir du compte ameli** avec quelques évolutions apportées au formulaire de demande en ligne, notamment :
 - La possibilité de sélectionner directement l'organisme complémentaire retenu à partir de la liste unique → décembre 2019
 - intégration des évolutions du nouveau formulaire (rubrique ressources) → avril 2020

Après instruction et en fonction des ressources du foyer, 2 cas de figure si accord:

☐ Sans participation financière (= CMUC actuelle) – Même démarche qu’aujourd’hui

- Après instruction par la caisse d’Assurance-Maladie, une attestation de droit est émise avec invitation à mettre à jour la carte Vitale.

→ Le droit est ouvert au 1^{er} jour du mois suivant la date d’instruction.

☐ Avec participation financière – une démarche d’adhésion est nécessaire pour activer le droit

- Le montant des participations financières à régler dépend de l’âge des bénéficiaires
- Le recouvrement des participations est géré par l’organisme choisi par le bénéficiaire (organisme complémentaire privé ou caisse d’Assurance-Maladie)
- Si le choix se porte sur l’organisme complémentaire privé, il est informé par la caisse et il prend contact avec l’assuré pour formaliser l’adhésion et recueillir les moyens de paiement afin de finaliser la démarche et d’activer le droit.

→ Le droit est ouvert au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d’adhésion complété et du moyen de paiement choisi

Le renouvellement n'est pas automatique et l'assuré doit en faire à nouveau la demande dans les mêmes conditions simplifiées.

- Faire la demande 4 à 2 mois avant la fin de la Complémentaire santé solidaire (un courrier de renouvellement est envoyé à l'assuré)
- Le renouvellement peut être accordé en cas de dépôt tardif de la demande si le bulletin d'adhésion est renvoyé avant la fin du mois suivant l'échéance de la Complémentaire santé solidaire

La Complémentaire santé solidaire est automatiquement renouvelée pour :

❑ Les bénéficiaires du RSA depuis le 1^{er} avril 2019

- Le renouvellement est opérée par l'envoi automatique de l'attestation de droit dans les 2 mois précédant la fin du contrat en cours. Le bénéficiaire peut renoncer à son droit ou changer d'organisme gestionnaire s'il le souhaite. Il peut en faire la demande.

➔ **Complémentaire santé solidaire sans participation financière**

❑ Les bénéficiaires de l'ASPA depuis le début 2016

- Les modalités de renouvellement diffèrent selon que le bénéficiaire passe de l'ACS à la Complémentaire santé solidaire ou qu'il bénéficie d'office d'une Complémentaire santé solidaire.

➔ **Complémentaire santé solidaire avec participation financière**

La Complémentaire santé solidaire, avec qui ?

1. La co-gestion Assurance-Maladie / Organismes complémentaires
2. Les circuits d'instruction pour une complémentaire santé solidaire

COGESTION ASSURANCE-MALADIE – ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

- ❑ Rôle du gestionnaire : caisse ou organisme complémentaire
 - Recueil des adhésions et des moyens de paiement, recouvrement des participations, activation du droit, gestion des incidents de paiement, suspension

Rôle Exclusif	
AMO	AMC
<ul style="list-style-type: none">• Instruction du droit• Notification du montant• Fermeture• Date d'effet en cas de renouvellement	<ul style="list-style-type: none">• Garanties complémentaires• Contrat de sortie

COGESTION ASSURANCE-MALADIE – ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Le choix de l'organisme appelé à gérer la part complémentaire est réalisé au travers du formulaire de demande. Quel que soit l'organisme choisi, le bénéficiaire aura droit au même niveau de prise en charge.

L'assuré a le libre choix du gestionnaire de la part complémentaire dans les cas suivants :

1. Il ne dispose d'aucune couverture santé complémentaire au moment de sa demande.
2. L'organisme complémentaire auprès duquel il avait un contrat n'est pas sur la liste du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.
3. A l'occasion du renouvellement annuel de son droit à la Complémentaire santé solidaire.

➤ Soit un organisme figurant sur la liste des organismes établie par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire. (liste unique valable du 01/11/2019 au 31/12/2020 en ligne sur le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire et sur ameli.fr)

➤ soit de l'organisme d'Assurance Maladie obligatoire assurant la prise en charge des frais de santé.

COGESTION ASSURANCE-MALADIE – ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

L'assuré n'a pas le choix du gestionnaire de sa part complémentaire dans les situations suivantes :

1. Lors d'une première demande de Complémentaire Santé Solidaire, si l'assuré dispose déjà d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire et que celui-ci figure sur la liste du Fonds de la Complémentaire santé solidaire : il devra choisir ce même organisme
2. Si l'assuré est déjà couvert au titre de l'ACS par un organisme figurant sur la liste du Fonds.
3. Si l'assuré est déjà couvert au titre de l'ACS et souhaite basculer vers la Complémentaire santé solidaire de manière anticipée sans attendre la fin de validité de son ACS.

CIRCUIT DE L'INSTRUCTION D'UN DOSSIER DONT LA PART COMPLÉMENTAIRE EST GÉRÉ PAR LA CAISSE

1



Dépôt de la demande



Traitement



Sous 2 mois max

Notification du droit
Envoi du bulletin
d'adhésion
+ mandat de prélèvement

Maladie

Caisse Nationale

2



Renvoi du bulletin
d'adhésion signé
et du moyen de paiement



Sous 3 mois max

après envoi du
bulletin d'adhésion
par la caisse



Ouverture des droits
pour 1 an

Envoi attestation et
échancier de paiement

3



Réception de
l'attestation de droits

Invitation à mettre à
jour
la carte Vitale



CIRCUIT DE L'INSTRUCTION D'UN DOSSIER DONT LA PART COMPLÉMENTAIRE EST GÉRÉ PAR L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

OC

1



Dépôt de la demande



Traitement



Sous 2 mois max

Envoi des coordonnées du foyer bénéficiaire

Notification du droit

Envoi du bulletin d'adhésion + mandat de prélèvement

OC



2



Renvoi du bulletin d'adhésion signé et du moyen de paiement



Sous 3 mois max



Ouverture des droits pour 1 an + Envoi attestation

3



Réception de l'attestation de droits

Invitation à mettre à jour la carte Vitale



La Complémentaire santé solidaire, avec les partenaires

1. L'accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins
2. L'orientation vers le RDV en accueil de la Cnam
3. Les outils d'accompagnement

L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics accompagnés par les partenaires de l'Assurance Maladie.

- Mettre en place une collaboration permettant au partenaire de détecter les assurés éligibles à la Complémentaire santé solidaire
- Mettre à disposition les informations nécessaires permettant d'accompagner l'assuré au mieux dans ses démarches
- Expliquer les changements liés à la réforme de la CMU-C
- Orienter l'assuré vers la Cnam en cas de difficulté dans la constitution de son dossier
- Informer régulièrement le partenaire des évolutions réglementaires
-

→ la convention de partenariat

le rendez-vous Complémentaire santé solidaire à l'accueil de la Cnam

- ❑ **Offre maintenue (ex rdv CMU-C / ACS):**
 - Aide à la complétude du dossier, explication du droit, des démarches
 - Instruction de la demande en direct
- ❑ **L'accompagner lors du passage de la CMUC ou de l'ACS vers la Complémentaire santé solidaire**
 - Attention à porter sur les bénéficiaires de l'ACS gérés par un organisme complémentaire qui s'est retiré de la liste du Fonds de la Complémentaire santé solidaire : lors du renouvellement, les assurés devront changer d'organisme complémentaire
- ❑ **L'accompagnement en cas de difficulté de paiement des participations financières (échelonnement des paiements, remise de dettes...)**
 - Procédure progressive en cas de défaut de paiement : à partir de 2 échéances non réglées, possibilité de régulariser avant et après suspension, sous peine de fermeture du droit.