



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DOSSIER DE PRESSE

ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

40 propositions pour un choc de solidarité

Mission parlementaire de la
Sénatrice [Aline Archimbaud](#)



SOMMAIRE

Communiqué.....	p.2
Synthèse du rapport.....	p.3
Récapitulatif des principales propositions du rapport.....	p.6
Le rapport en chiffres.....	p.7
Témoignages recueillis dans le cadre de la mission.....	p.8
Éléments biographiques : Aline Archimbaud.....	p.14
Formulaire à remplir par vos soins : le parcours du combattant par l'exemple.....	p.15

Paris, le 25 septembre 2013

Communiqué

P.2

Accès aux soins pour les plus démunis 40 mesures pour un accès universel à la santé

Dans le cadre de la mission parlementaire qui lui a été confiée sur l'accès aux soins pour les plus démunis, Aline Archimbaud, Sénatrice de Seine-Saint-Denis et Secrétaire de la commission des Affaires sociales, a remis hier son rapport au Premier Ministre.

Au terme de nombreux déplacements de terrain dans différentes régions et de plusieurs centaines d'auditions de professionnels de santé, de personnels de la sécurité sociale, d'assurés sociaux, d'élus, de travailleurs sociaux et de chercheurs, Aline Archimbaud analyse dans ce rapport les raisons multiples qui ont fait que l'esprit de la loi CMU est aujourd'hui défiguré. Refus de soins, labyrinthe administratif pernicieux, obstacles financiers : des millions de personnes se trouvent aujourd'hui face à un véritable parcours du combattant lorsqu'elles souhaitent se soigner.

Afin de retrouver le souffle de solidarité de la loi de création de la CMU en 1999, ce rapport formule quarante propositions pour repenser la protection sociale française des personnes en situation de précarité. Ce "choc de solidarité" doit passer notamment par la lutte contre les dépassements d'honoraires, la généralisation du tiers-payant, une simplification administrative drastique, des innovations sociales à soutenir et une prévention à développer.

S'appuyant sur un rapport du SGMAP (Secrétariat Général à la Modernisation de l'Action Publique), service dépendant du Premier Ministre, Aline Archimbaud rappelle que la prise en charge des soins le plus en amont possible n'est pas seulement une exigence morale, mais également une perspective d'économies significatives à moyen terme. En effet, le renoncement et le retard tardif aux soins coûtent des sommes colossales à l'assurance maladie, car l'état de santé se dégrade entre temps, nécessitant des soins plus lourds.

Aline Archimbaud se félicite de l'intérêt et de l'écoute manifestés par le Premier Ministre et la Ministre de la Santé sur ce rapport. Les propositions qu'il contient, dont certaines ont été reprises en partie dans la stratégie nationale de santé, auront vocation à être intégrées dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS).

Pour la Sénatrice : " Il existe aujourd'hui des familles dans lesquelles les parents ne se soignent pas pour consacrer leurs moyens à la santé de leurs enfants. Cette situation sociale, a fortiori en période de crise, est devenue intenable et inacceptable. Ces quarante mesures sont d'urgence et de bon sens."

Synthèse du rapport

Par lettre du 20 mars 2013, Monsieur le Premier ministre a confié à Madame Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux.

P.3

Cette mission répond au constat de taux de non-recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'État (AME).

L'objectif assigné à la mission était d'identifier les freins existants et de proposer des solutions opérationnelles tout en portant une attention particulière à la réduction de la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture et de la gestion de ces droits.

Une complémentarité devait être recherchée avec d'une part les expérimentations en cours en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne et d'autre part le projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) visant à la pré-instruction des droits à l'ACS.

Enfin, la mission devait s'articuler avec les actions prévues dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République de généralisation des complémentaires de santé.

La mission a procédé en l'espace de deux mois, soit entre la fin avril et la fin juin 2013, à l'audition de quelque 230 personnes représentant les administrations et institutions intervenant dans le champ de la précarité et de l'exclusion mais aussi de nombreux acteurs de terrain issus d'associations, de maisons de santé, de réseaux et d'équipes hospitalières notamment. Elle est allée à plusieurs reprises à la rencontre de ces acteurs : à Nantes tout d'abord autour de l'équipe participant à la recherche action en matière de non recours, à Lille, à Arras, à Nevers et en Seine-Saint-Denis.

La mission s'est aussi enrichie des analyses et propositions du rapport consacré par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à la généralisation des complémentaires santé mais aussi de deux rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) publiés dans le courant de l'été 2013 et portant l'un sur la situation économique des centres de santé et leur place dans l'offre de soins, l'autre sur l'extension du tiers payant aux consultations de médecine de ville.

Après avoir insisté sur le caractère multidimensionnel et cumulatif des facteurs d'exclusion, la mission fait le constat d'un décalage croissant entre d'un côté, le discours des pouvoirs publics sur la lutte contre la précarité et les objectifs de qualité de service et d'accessibilité affichés par l'assurance maladie, et de l'autre la réalité vécue par les personnes en situation d'exclusion.

Cette réalité est celle d'un « parcours du combattant » pour l'accès aux droits, dans un système qui semble ne pas avoir été conçu pour ces personnes et où la lutte contre la fraude a pris ces dernières années une importance démesurée au regard des enjeux financiers.

Plus que tout autre usager du système de santé, les personnes fragiles souffrent des difficultés d'accès aux soins, difficultés démographiques en particulier, et sont exposées aux refus de soins. Les difficultés matérielles d'ordre existentiel (logement, emploi, alimentation) contribuent à reléguer la santé au second plan : les restes à charge élevés et l'application variable de la dispense d'avance de frais (tiers payant) favorisent le renoncement financier aux soins. Les personnes précaires sont ainsi victimes d'une « triple peine » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins.

Certaines catégories de la population cumulent les facteurs de précarité : c'est le cas des personnes placées sous main de justice, des jeunes issus des milieux populaires, des étudiants, des petits agriculteurs, des personnes âgées modestes ou encore des personnes en situation de handicap physique et psychique notamment. La situation est encore plus dégradée pour certains territoires comme les zones urbaines sensibles et à certains égards, les départements d'outre-mer.

Les insuffisances du système de soins aggravent les conséquences de la pauvreté et de l'exclusion : cloisonnement entre les champs sanitaire et social, fragilité de la gouvernance territoriale en dépit des espoirs placés dans la création des agences régionales de santé, insuffisante structuration du premier recours et affaiblissement des acteurs de première ligne que sont les services de PMI, la médecine du travail et la médecine scolaire.

La mission fait état de plusieurs actions innovantes en faveur des plus démunis, mais elles sont en général le fait de structures ou d'individus isolés et se caractérisent par une grande fragilité financière et une faible répliquabilité.

Face au constat alarmant d'une situation qui tend à s'aggraver, comme en témoigne la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, la mission propose d'agir non seulement sur les déterminants profonds de non recours aux droits et aux prestations, mais aussi sur l'organisation et les orientations générales du système de protection sociale.

La mission est convaincue de ce que le non recours peut reculer sous l'effet de stratégies visant tout à la fois à simplifier les démarches et les procédures d'obtention des aides et à « aller chercher les bénéficiaires » en utilisant les nombreuses possibilités d'exploitation des bases de données, en renforçant la présence des services de l'assurance maladie sur le terrain et en faisant intervenir des équipes spécialisées au plus près des zones en difficulté. De façon plus globale, c'est l'ensemble du système qui doit s'adapter aux personnes en situation de précarité, et non l'inverse.

La mission propose de franchir une nouvelle étape, majeure, dans l'ouverture de nouveaux droits et la levée des obstacles financiers à l'accès aux soins, en étendant le bénéfice de la CMU complémentaire aux bénéficiaires actuels de l'ASPA et de l'AAH et en remaniant profondément le système de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, soit en le fusionnant avec la CMU-c, soit en améliorant de façon substantielle le niveau des garanties associées aux contrats correspondants. En outre, la poursuite de la généralisation du tiers payant d'une part, la lutte contre les dépassements d'honoraires d'autre part sont de nature à faire reculer les obstacles financiers à l'accès aux soins.

Au-delà de ces mesures de simplification et de justice et la mise en place de nouvelles solidarités pour contrecarrer les effets de seuil, la mission appelle de ses vœux une action volontariste des pouvoirs publics sur l'organisation et les orientations générales du système de protection sociale. Sur le premier volet, l'objectif est de soutenir les structures engagées dans la prise en charge des populations fragiles, et en particulier les centres de santé, les maisons de santé, les urgences hospitalières et leurs PASS, les lits halte soins santé et les réseaux.

Le second volet renvoie quant à lui à une évolution de la philosophie et de l'organisation de notre système de protection sociale: faire disparaître les refus de soins en les définissant plus précisément pour mieux les sanctionner, développer une culture de la prévention, décloisonner les champs sanitaire et social, améliorer la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social, renforcer la dimension transversale dans les politiques publiques et favoriser l'innovation et la créativité sociale.

Derrière des mesures conçues avant tout pour les personnes en situation de précarité, c'est l'ensemble des usagers qui est susceptible de bénéficier de ces évolutions vers un système de protection sociale proche des personnes, protecteur, bienveillant, accueillant et finalement plus conforme à la philosophie qui avait inspiré la création de la sécurité sociale.

Récapitulatif des principales propositions du rapport

P.6

L'esprit de la CMU et la vocation donnée par ses fondateurs a été défigurée. Il nous faut raviver le souffle de solidarité qui a présidé à l'écriture de cette loi. La souffrance quotidienne des personnels de santé est insoutenable ; elle entrave une prodigation sereine des soins et obère le fonctionnement de notre système de santé. Le problème des fraudes à la sécurité sociale ne saurait être placé au coeur du sujet ; c'est là une option politique stigmatisant une catégorie de personnes et portant un coup à la solidarité. L'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis requiert une vision de long terme : c'est à cet horizon qu'ont été formulées les propositions du rapport.

I- Rendre effectif l'accès aux droits

Opérer un choc de simplification, promouvoir de nouvelles solidarités - pour les personnels et les bénéficiaires (Propositions 1 à 7)

Créer 100 bus itinérants favorisant l'accès à la santé (Proposition 12)

II- Ouvrir de nouveaux droits

Étendre la CMU-c aux bénéficiaires AAH (Allocation adulte handicapé) et ASPA (Allocation de solidarité pour les personnes âgées), remanier le système de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (Proposition 14)

III- Lever les obstacles financiers

Après le tiers-payant pharmacie, le tiers-payant médecine de ville (Proposition 18)

Faire reculer la médecine à deux vitesses, ôter les obstacles financiers à l'accès aux soins (combattre les dépassements d'honoraires) (Proposition 19)

IV- Soutenir les structures tournées vers les populations fragiles

V- Combattre et sanctionner les refus de soins

Combattre les refus de soins, en octroyant par exemple un statut de « défenseur des soins » à certaines associations (Proposition 29)

VI- Développer la culture de la prévention

Faire prendre en charge par l'assurance maladie les actes de soins prescrits par les médecins scolaires et les services de PMI (Proposition 32)

Promouvoir la prévention, rendre les bilans de santé gratuits pour les bénéficiaires CMU-c et leurs ayants-droits (Proposition 33)

Investir dans la formation des professionnels de la santé et du social (Proposition 35)

VII- Améliorer la gouvernance du système et favoriser l'innovation

Élire des représentants de personnes en situation de précarité à tous les niveaux des instances de la concertation (mettre à contribution le savoir empirique des précaires, experts de la situation) (Proposition 37)

Le rapport en chiffres

P.7

Effets de seuil

Seuil de pauvreté: en 2011, 8,7 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté, soit 14,3% de la population, vivaient au dessous du seuil de pauvreté (977 euros par mois) (source INSEE, enquête publiée le 13 septembre 2013)

Le plafond de ressources pour être éligible à l'AME et à la CMU-Complémentaire est de 716 euros par mois

Le plafond de ressources pour être éligible à l'ACS est de 967 euros par mois

Les bénéficiaires de l'AAH - allocation adultes handicapés (957 000 bénéficiaires fin 2011) touchent une allocation de 776,59 euros par mois (pour une personne vivant seule en métropole). ils sont donc 60 euros au dessus du plafond de ressources de la CMU-C et ne peuvent en bénéficier

Les bénéficiaires de l'ASPA - allocation de solidarité aux personnes âgées (environ 600 000 personnes) touchent une allocation de 787,26 euros par mois (pour une personne vivant seule en métropole). ils sont donc 71 euros au dessus du plafond de ressources de la CMU-C et ne peuvent en bénéficier

Non-recours

A la CMU-C: 4,7 millions de personnes éligibles / seuls 4 millions ont fait valoir leurs droits, soit un taux de non recours de 15% (source: fonds CMU)

A l'ACS (Aide à la complémentaire santé): en janvier 2013, entre 2.6 et 3.7 millions de personnes y étaient éligibles selon la DREES et l'INSEE. Or seulement 965 000 personnes l'avaient demandée et se l'étaient vue accorder

Renoncements aux soins pour raison financière

Un sondage IFOP de novembre 2012 a montré que 42% des français ont déjà renoncé à des soins chez un spécialiste en raison du coût élevé de la consultation

Selon l'INSEE, la sécurité sociale ne prend en charge qu'en moyenne 75,8% des soins

Selon cette même étude, l'assurance complémentaire peut être jugée comme non accessible financièrement pour 18,5% de la population française et pour 10,3% de la population non couverte par la CMU-C

Refus de soins

Une enquête diligentée par le Fonds CMU auprès de l'IRDES, parue en juillet 2009, a estimé les refus de soins à 25,5% à Paris

Une autre enquête réalisée par Médecins du Monde à Nice en 2008-2009 a montré que 25,5% des gynécologues, 18% des médecins généralistes et 48% des dentistes interrogés ont fait part du refus de soigner des patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'AME.

Témoignages

Exemple de refus opposé en raison du motif du séjour

Madame B réside sur le territoire français depuis le 27 février 2007. Ses cinq enfants sont également présents sur le territoire français.

L'état de santé de Madame B nécessitait une prise en charge très urgente en raison d'un risque d'hémorragie cérébrale.

Elle a bénéficié de l'AME jusqu'au 16 juin 2011, date à laquelle elle en a sollicité le renouvellement. En septembre 2011, la CPAM lui a adressé un courrier lui demandant de remplir un dossier de couverture médicale universelle. Madame B a retourné ce dossier à la CPAM.

Parallèlement, Madame B a déposé une demande de titre de séjour pour soins. Un récépissé valable du 05 janvier au 04 avril 2012 lui a été délivré. Elle remplissait donc les conditions de résidence et de régularité du séjour nécessaires à l'obtention de la CMU. Pourtant, par courrier en date du 20 janvier 2012, la CPAM a rejeté sa demande de CMU au motif que : « les personnes séjournant sur le territoire national pour suivre un traitement médical ou une cure sont exclus du dispositif CMU ».

Un courrier a été adressé à la CPAM le 20 février 2012 afin d'exposer la situation de Madame B et de demander l'enregistrement de sa demande de CMU.

L'hospitalisation de Madame B prévue a dû être reportée faute de prise en charge. Les services de conciliation de la CPAM ont été saisis, ont compris l'erreur de droit et l'urgence de la situation de Madame B. Elle a été admise au bénéfice de la CMU.

Source : *Association « Droit d'urgence »*

Illustration : situation de Mme W.

Mme W. est confrontée à une situation qui paraît inextricable pour le renouvellement de la CMU-c.

Cela fait 10 mois que plusieurs dossiers de demande ont été déposés et il nous paraît important de souligner que les derniers dossiers ont été « validés complets » par un agent du Centre de Sécurité Sociale, avant d'être déposés dans la boîte aux lettres.

Alors que ses droits se terminaient en juin 2012, Mme W. a envoyé le dossier de renouvellement en mai et suite à cela, elle a reçu une demande de compléments d'informations qu'elle a retournés par courrier.

Dès lors, cette situation s'est reproduite à quatre reprises. Différentes demandes de documents lui ont été adressées et ce parfois en totale incohérence avec la situation de la personne.

P.9

Par exemple, on lui a demandé une attestation au régime étudiant ainsi qu'un certificat de scolarité pour l'année 2011/2012 alors que Mme W. n'est plus étudiante depuis 15 ans. Il lui a aussi été demandé de fournir des attestations de versement des allocations chômage pour l'année 2011/2012 alors que Mme W. est sans ressources depuis 2009.

Un courrier envoyé début septembre demandait à son concubin d'adresser le dossier à l'AGESSA alors que Monsieur n'est pas rattaché à ce régime (Nous avons vérifié auprès de l'organisme).

Bien que tout cela ait été signalé, et malgré les documents envoyés le service CMU/CPAM de XXX a continué de réclamer ces mêmes documents, ainsi que de nouveaux justificatifs à joindre.

Fin octobre 2012, afin de trouver une solution, Mme W. a rencontré une assistante sociale de la Sécurité Sociale, mais malheureusement, elle lui a fait savoir qu'elle ne pouvait rien faire. L'assistante sociale lui a confié qu'elle était fréquemment confrontée à ce type de situation où les personnes n'arrivaient pas à avoir accès à leurs droits malgré toutes les démarches effectuées.

Comme Mme W. était sans ressources, l'assistante sociale a fait une demande de RSA, ce qui en principe devait lui permettre d'avoir la CMU-c automatiquement. Mais comme son compagnon, lui-même bénéficiaire du RSA, percevait parfois des droits d'auteur et que cela fait apparaître une petite somme « RSA activité » à partir de janvier 2013, la CPAM a donc demandé de refaire à nouveau le dossier complet CMU/CMU-c.

Nous avons rencontré Mme W. au début du mois de février 2013 et lorsque nous avons contacté la sécurité sociale, les opérateurs nous ont fait savoir qu'il n'y avait aucune trace des documents envoyés, étant donné que seuls les dossiers traités sont visibles.

Nous devons donc envoyer un courrier au service CMU de la CPAM de XXX afin d'avoir des informations précises sur l'historique du traitement du dossier.

Quand nous avons questionné au sujet des documents inappropriés demandés, l'opérateur a répondu que les courriers envoyés étaient des « lettres types » et qu'il ne fallait pas en tenir compte (!). Comment est-il donc possible de savoir quels sont les documents réellement demandés ?

Ces courriers sont tout de même censés permettre le rassemblement des documents nécessaires au traitement du dossier et lorsque nous avons insisté, il a réitéré cette même réponse déconcertante.

À ce jour, Mme W. ne bénéficie toujours pas de la CMU-c et cela concerne aussi son concubin et leur enfant. Cet état de fait n'est pas sans conséquence sur leur accès aux soins étant donné que leurs ressources ne leur permettent pas de régler ce qui reste à leur charge. Mme W. est démoralisée par le dossier qu'il faut à nouveau refaire, lassée par toutes ces démarches, elle désespère de ne pas avoir accès à ses droits.

Illustration : l'expérience de Monsieur Bernard M.

« Percuté par un automobiliste, et après des mois d'insistance auprès du département, j'ai fini par avoir un contact avec une assistante sociale qui ne m'a aidé ni dans mes soins, ni dans mes démarches.

J'ai parallèlement été envahi à mon domicile par des dealers, qui ont squatté mon appartement. Ce drame et la vente de drogue (liée à mes anciens squatteurs) ont provoqué une obstruction à mon encontre de la part de la mairie, qui m'a empêché de remplacer ma carte d'identité.

Toujours du fait du squattage dont j'étais victime, j'ai dû fuir mon domicile. Réinventant la loi à sa façon, l'assistante sociale a alors décidé il y a environ deux ans que, puisqu'accueilli ailleurs en hébergement d'urgence, et bien qu'encore rattaché administrativement à la commune, je ne dépendais plus de ses services. Ma protestation écrite a été sans effet.

L'hospitalisation psychiatrique est utilisée de manière inadaptée et très coûteuse pour répondre à certains problèmes rencontrés par les personnes en précarité.

Comme beaucoup de malades en Île-de-France, j'ai été hospitalisé très loin de ma ville d'origine du 94, au fin fond de l'Oise. A la sortie, mon SMPR (Service Médico Psychiatrique Régional) a refusé de suivre mon dossier, prétextant que je n'étais plus rattaché à lui. Et a donc refusé de m'aider à chercher une solution d'hébergement à la sortie. C'est ainsi que certains malades finissent par habiter des parkings souterrains à Roissy.

Je n'ai toujours aucun endroit où je puisse conserver et classer les documents j'aurais encore dispersés ici et là. Il m'est donc impossible, comme à beaucoup de gens dans mon cas, de faire un recours.

Sans logement et sans endroit où garder mes papiers, les démarches sont extrêmement compliquées pour moi. »

Source : *Association Advocacy France (association d'usagers en santé mentale)*

Illustration

« Les gens me regardaient comme une bête sauvage » Détenu incarcéré à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, novembre 2008.

« Mon extraction médicale du 10 novembre 2008 à l'hôpital d'Évry a déclenché une procédure grotesque : un déplacement sous escorte de cinq gendarmes et cinq surveillants, pour un examen en pneumologie dans le cadre du suivi médical de mon asthme. Le fourgon cellulaire dans lequel j'ai été transporté me ballotait dans tous les sens et je n'avais aucun moyen de me retenir, puisque j'avais les pieds entravés avec chaîne et les mains menottées dans le dos. Mon arrivée à l'hôpital s'est faite par une porte dérobée mais j'ai dû traverser le 1er étage, le 2e étage, deux salles d'attente, avec la chaîne entre les pieds qui traînait au sol et faisait un bruit de bagnard du début du siècle, les mains dans le dos et les dix uniformes qui faisaient un cinéma épouvantable à tel point que les usagers de l'hôpital étaient sous le choc et persuadés qu'ils voyaient passer devant eux le plus grand serial killer de tous les temps. J'ai cinquante-deux ans [...]. J'ai jamais eu si honte... Les gens me regardaient comme une bête sauvage. Les policiers, avec talkie-walkie et gilets pare-balles, écartaient les usagers, bloquaient les étages, les mouvements. Deux surveillants de l'escorte sont restés dans le cabinet de la pneumologue durant toute la consultation. J'ai gardé les pieds entravés mais le médecin a obtenu qu'on me démenotte les mains pendant l'examen respiratoire. Dès que l'examen fut terminé, on m'a remenotté dans le dos »

Source : Les conditions de détention en France - rapport 2011 de l'Observatoire internationale des prisons.

Les étudiants et leur couverture santé - verbatim

Marine, Université Nice Sophia Antipolis : Pour obtenir un rendez-vous chez une gynécologue sans dépassements d'honoraire, on m'a demandé deux mois d'attente. Entre mes activités et mon emploi du temps, c'est presque impossible

Émeric, Université Lyon III : À Toulouse, j'avais droit au chèque santé régional parce que j'étais boursier. En allant faire mon master à Lyon, j'en ai perdu le bénéfice et n'ai rien trouvé d'équivalent. J'ai donc changé de mutuelle en optant pour une garantie qui me rembourse moins.

Sofiane, Université Paris 8 : En tant qu'étudiant étranger, je me débrouille seul face aux démarches de santé, c'est très complexe et j'ai rencontré beaucoup de difficultés au début avant de m'y retrouver. La visite médicale obligatoire organisée par les services de l'immigration était exorbitante et ne m'a pourtant rien apporté.

Anne, Paris 5, Médecine : Etudiante boursière, ma Caisse primaire de Paris n'a même pas accepté d'instruire ma demande d'ACS. Ils m'ont dit que ça prendrait plusieurs mois et que de toute façon je ne remplissais pas toutes les conditions. Du coup, je n'ai toujours pas pris de mutuelle.

Thibaud, Université Aix 1 : Beaucoup d'entre nous ne comprennent pas comment sont remboursés les spécialistes et sur quelle base. Alors, dans le doute, ils ne se soignent pas.

Jean-Baptiste, Université d'Albi : Quand j'ai voulu changer de lunettes et que j'ai vu les niveaux de remboursements, j'étais dépité, complètement désabusé. Ça n'a rien à voir avec le prix d'une paire de lunettes !

Anne-Sophie, IUT de Gap : Je suis perdue dans le système de remboursement, ne comprends pas comment ça fonctionne, y compris les décomptes. Je ne sais pas du tout ce que veut dire « parcours de soins ».

Idir, Université de Nantes : J'ai souvent des problèmes de budget à la fin du mois, je fais avec mais ça nécessite quelques arbitrages. Mais si j'ai besoin de me soigner et que le médecin ne prend pas la carte vitale, je ne peux pas avancer le coût de la consultation puis des médicaments ou des examens derrière. Il n'y a pas de solution miracle.

Vanessa, Université Paris XIII : Nos parents nous disent que la Sécurité sociale nous couvrira toute notre vie quels que soient nos besoins. La première fois que vous recevez vos remboursements, c'est une sacrée claque !

Sauveur, Université de Corte : Je pensais qu'avoir une carte vitale donnait automatiquement droit au tiers payant. Or, quand on a déjà payé pour la Sécurité sociale et pour la mutuelle, difficile de devoir avancer encore des frais, même si les remboursements suivront quelques jours après.

Clara, Université Lille 3 : La prévention ? Oui on m'a parlé de la visite médicale préventive dans mon université lors de la journée d'accueil de mon Master. Mais je n'ai jamais eu ni de date, ni d'heure de RDV. Je ne sais même pas où se trouve la médecine.

Les difficultés d'accès aux soins et à la santé des petits agriculteurs

L'association nationale « Solidarité Paysans » assure depuis 1992 la coordination et l'animation des équipes départementales et régionales de défense des agriculteurs en difficulté (49 départements couverts). Les associations de son réseau accompagnent de nombreux agriculteurs ayant, du fait des difficultés économiques, de faibles revenus disponibles familiaux. Ce sont souvent ses intervenants qui informent les familles suivies de leurs droits sociaux et des dispositifs d'aide existants (RSA, CMU-C, aide au logement, etc).

Dans une contribution écrite transmise à la mission en juillet 2013, Solidarité Paysans rappelle tout d'abord que la spécificité de son intervention est la prise en compte de tous les aspects des problèmes rencontrés par les personnes : problèmes économiques, financiers, techniques mais aussi de santé, de logement, etc. Souvent en effet, les difficultés sont tellement imbriquées qu'il est impossible d'espérer une solution dans un domaine si les autres blocages ne sont pas levés.

La grande majorité des personnes accompagnées par Solidarité Paysans n'ont par exemple pas ou plus de complémentaire santé. En effet, alors même qu'ils ont des revenus inférieurs aux plafonds d'accès à la CMU-C ou à l'ACS, ils n'y ont pas recours, par ignorance ou manque d'informations sur ces dispositifs et par méconnaissance de leurs droits. La complexité des démarches à effectuer pour en bénéficier, pour ceux qui ne sont pas titulaire du RSA socle, est également un frein important pour les non-salariés.

Il est à noter qu'un certain nombre de non salariés agricoles saturent déjà avec toutes les démarches administratives qu'ils sont contraints de faire dans le cadre de leur activité professionnelle. Ce glissement de tâche dans leur métier où l'administratif prend une part croissante est d'ailleurs une cause de mal-être de beaucoup d'agriculteurs.

Sur le plan de la prévention, l'association relève également que la médecine du travail pour les exploitants agricoles n'est pas obligatoire mais relève d'une démarche volontaire, alors même qu'elle devrait constituer une première étape en matière de santé.

La question de la prévention des risques psychosociaux est également capitale. Cette dimension de la prévention, hors champ médical, est essentielle, et demande d'être développée : outre le manque de structures spécialisées en milieu rural, le coût élevé des consultations chez les psychologues, non pris en charge par la sécurité sociale, constitue un frein majeur à l'accompagnement par un professionnel. Les caisses MSA d'Armorique et de Drôme-Ardèche ont à ce propos mis en place des accueils psychologiques pour les agriculteurs et leur proposent 5 rendez-vous gratuits.

Enfin, si les vertus du guichet unique de la MSA sont souvent vantées, il convient de souligner qu'il n'est pas nécessairement une bonne chose pour les assurés débiteurs. Pour les agriculteurs en difficulté, en effet, la MSA est avant tout un créancier dont le service contentieux sait souvent être très pressant. Il n'est pas aisé dans cette situation de faire appel aux services sociaux pour faire valoir ses droits bien que ceux-ci soient réellement indépendants des services de recouvrement.

Source : Pour l'accès aux droits des agriculteurs en difficulté, Analyse et propositions de Solidarité Paysans, juin 2013.

Éléments biographique

Aline Archimbaud

Aline Archimbaud est Sénatrice de Seine-Saint-Denis et Secrétaire de la commission des Affaires sociales. Fondatrice des premiers réseaux d'économie alternative et solidaire à partir de 1985 et militante écologiste en Seine-Saint-Denis, Aline Archimbaud rejoint les Verts en 1992. Députée au Parlement européen sur un poste d'ouverture jusqu'en 1994, elle est l'auteure du premier rapport parlementaire européen sur la promotion de l'économie solidaire en 1993, avant d'assurer la fonction de trésorière nationale des Verts de 1999 à 2002. Adjointe au maire de Pantin pendant 15 ans, elle impulse notamment la création d'un pôle artisanal des métiers d'art dans un quartier populaire et lance la création d'un des premiers écoquartiers en Seine-Saint-Denis. Aline Archimbaud intervient au Sénat avec le souci permanent d'articuler les préoccupations écologistes au plan national avec les enjeux de ce territoire bien particulier qu'est la Seine-Saint-Denis.

Depuis son arrivée au Sénat, Aline Archimbaud soulève des débats concernant la situation des Roms (examen de sa proposition de résolution au Sénat en octobre 2012), les droits sanitaires et sociaux des détenus, et en matière de santé sur les dangers de l'aspartame, de l'huile de palme et du diesel. Afin d'aborder de manière globale la question de l'accès aux soins pour les plus démunis, elle dépose une proposition de loi sur le sujet, au nom du groupe écologiste. Conscient de la complexité du sujet et convaincu de l'importance de ces enjeux, le Premier Ministre confie alors à la Sénatrice une mission parlementaire.

P.15

Formulaire à remplir par vos soins :
le parcours du combattant par l'exemple

Votre accès à une complémentaire santé : la Couverture Maladie Universelle Complémentaire / l'Aide pour une Complémentaire Santé

Vous trouverez dans ce dossier tout ce dont vous avez besoin pour obtenir :
la CMU Complémentaire (CMUC) ou l'Aide pour la Complémentaire Santé (ACS).

- Une présentation de la CMUC et de l'ACS
- Les informations pratiques pour remplir le dossier
- La liste des pièces justificatives à produire
- Le formulaire à compléter



Vous désirez des informations complémentaires,

✓ Vous souhaitez nous rencontrer,

Vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie,



appelez le **3646** (numéro valable pour la Métropole, prix d'un appel local depuis un poste fixe)
connectez-vous sur www.ameli.fr



connectez-vous sur www.msa.fr



connectez-vous sur www.le-rsi.fr



Vous pouvez également vous adresser à la mairie, au service social
à une association et consulter le site www.cmu.fr



Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Une complémentaire santé sert à rembourser tout ou partie des dépenses de santé qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Si vos ressources sont modestes et si vous résidez en France de manière stable et régulière (Métropole, Départements d'outre-mer, Saint Barthélemy, ou Saint Martin), vous pouvez bénéficier soit de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire soit de l'Aide pour une complémentaire santé.

Qui y a droit ? : Vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e), votre partenaire dans le cadre d'un PACS et les personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans, résidant en France.

	La CMU C : un accès gratuit à une complémentaire santé	L'ACS : un accès aidé à une complémentaire santé
Vos ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous pouvez bénéficier de la CMUC si les ressources de votre foyer ne dépassent pas un montant maximum. Par exemple 7 771 euros* par an pour un foyer d'une personne ou 11 657 euros* par an pour un foyer de deux personnes... 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous pouvez bénéficier de l'ACS si les ressources de votre foyer ne vous permettent pas d'obtenir la CMUC et ne dépassent pas un montant maximum. Par exemple 9 792 euros* pour un foyer d'une personne ou 14 688 euros* par an pour un foyer de deux personnes...
Vos droits	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, dans un laboratoire ou à l'hôpital. En acceptant les médicaments génériques, dans les cas prévus par la loi, vous ne payez plus vos médicaments. Pour éviter toute difficulté, respectez le parcours de soins coordonnés. <li style="margin-top: 10px;">Vous ne payez pas les prothèses, les couronnes, les appareils dentaires, les lunettes... sauf suppléments résultant d'exigences particulières de votre part ou de votre prescription. ▶ Vous ne payez pas la participation forfaitaire ni la franchise médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous bénéficiez d'une réduction, sur le montant annuel de votre cotisation à une complémentaire santé. Cette aide concerne chaque personne de votre foyer et varie de 100 à 500 euros** selon l'âge. Le niveau de prise en charge des dépenses de soins va dépendre entièrement des garanties prévues dans le contrat souscrit. ▶ Vous n'avez plus à faire l'avance des frais (le tiers payant) sur la part remboursée par l'Assurance Maladie obligatoire, pour les actes des médecins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés pendant 18 mois.
Comment choisir votre complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chaque membre du foyer doit choisir l'organisme qui va gérer sa complémentaire à l'aide du formulaire de choix (S 3712 ou S 3713) disponible auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. ▶ Vous trouverez la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la CMUC sur le site internet www.cmu.fr ou auprès de votre caisse d'Assurance Maladie ou sur www.ameli.fr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si votre demande est acceptée, vous recevez une attestation-chèque de votre caisse d'assurance maladie. Vous la présentez à l'organisme de protection complémentaire de votre choix dans les 6 mois pour obtenir une réduction sur le montant annuel de votre cotisation. Cette réduction ne s'applique pas aux contrats collectifs. Si vous vous posez des questions sur l'utilisation de l'attestation-chèque, renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire.
Validité	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La CMUC est valable pour un an. Vous pouvez renouveler votre demande tous les ans. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'ACS est valable pour un an. Vous pouvez renouveler votre demande tous les ans.

* Attention, ces montants correspondent au total de vos ressources des 12 derniers mois. Ils sont valables en métropole, depuis le 1^{er} juillet 2011 et sont révisés au 1^{er} juillet de chaque année.

** Montants valables depuis le 1^{er} janvier 2010.

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Informations pratiques pour remplir le dossier

- ▶ **Attention**, vous pouvez souhaiter que votre droit à la CMUC ne soit pas étudié par votre caisse. Dans ce cas, remplissez le formulaire de demande d'aide pour une complémentaire santé (S3715).
- ▶ Une version de ce formulaire est également disponible sur www.ameli.fr. Vous pouvez le remplir en ligne. Vous l'imprimez, le datez, le signez et l'adressez à votre caisse d'Assurance Maladie.
- ▶ La composition de votre foyer : reportez-vous à la page 4.
- ▶ Les ressources de votre foyer : reportez-vous à la page 5.
- ▶ Les pièces justificatives seront à joindre à votre dossier pour vous-même et les membres majeurs de votre foyer.

En fonction de votre situation		Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de :
Votre situation d'assuré	Si vous êtes inscrit ou si vous avez déjà été inscrit à la sécurité Sociale	▶ Votre carte vitale et l'attestation qui l'accompagne.
Votre nationalité	Si vous êtes français(e)	▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport ou votre livret de famille à jour, revêtu de l'une des mentions prévues à l'article 28 du code civil.
	Si vous êtes ressortissant(e) d'un de ces pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse	▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport, ou votre livret de famille et toute pièce justifiant la régularité du séjour (contrat de travail, attestation de chômage, titre de séjour, formulaires communautaires - E106 - E121/S1)
	Si vous êtes d'une autre nationalité	▶ Toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour, récépissé de votre demande de titre, convocation ou rendez-vous en préfecture...
Votre foyer et vos ressources	Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	▶ Les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concerné(s).
	Si vous avez des personnes à charge	▶ Votre livret de famille tenu à jour, ou votre certificat de concubinage ou l'attestation d'enregistrement d'un PACS.
	Si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA socle jeune	▶ L'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la CAF (pour le demandeur du RSA uniquement). Dans tous les cas joindre la demande individuelle de CMUC si elle n'a pas déjà été faite.
	Pour déclarer les ressources du foyer (pour toute personne âgée de 16 ans et plus)	▶ Dans tous les cas : - avis d'imposition ou de non imposition. En fonction de votre situation : - bulletins de paie, - attestations d'indemnités de chômage, - déclarations de revenus et leurs annexes à l'administration des impôts, - avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation, - attestations des banques concernant les revenus d'épargne...
Votre situation par rapport à la CMUC/ACS	Si vous déposez une première demande de CMUC/ACS	▶ Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois. Par exemple : bail de location, quittances de loyer, factures d'électricité consécutives, certificat d'hébergement, certificat de scolarité ou d'inscription universitaire...
	Si vous déposez une demande de renouvellement de CMUC/ACS	▶ Toute pièce justifiant que vous résidez de façon permanente en France ou que vous avez séjourné en France pendant plus de 6 mois au cours des 12 mois précédents (avis d'imposition ou de non-imposition, factures d'électricité consécutives, certificats de scolarité des enfants...). Toute pièce remise par l'organisme complémentaire justifiant la date d'échéance du droit.
	S'il a été mis fin au contrat de protection complémentaire au cours de la période de votre droit à l'ACS	▶ L'attestation remise par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire.
	Et dans tous les cas	▶ Formulaire(s) de choix de l'organisme(s) chargé de la protection complémentaire en matière de santé (Référence S 3712 et éventuellement le S 3713, disponibles sur le site : www.ameli.fr et auprès de votre organisme d'assurance maladie). Si vous ne fournissez pas ce formulaire, vos droits à la CMU ne pourront pas être étudiés.

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

La composition de votre foyer

La CMUC ou l'ACS sont délivrées pour vous-même mais aussi pour chaque membre de votre foyer : remplissez attentivement toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

Votre foyer est composé de vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et autres personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans qui vous sont rattachés fiscalement ou qui vivent sous votre toit ou qui perçoivent une pension fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire). Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande séparée. Par exemple, si un de vos enfants de 24 ans, habite chez vous et a un enfant, il doit faire une demande séparée.

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

Vous-même

Vos nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) :

Votre date de naissance :

Votre nationalité : française Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

Votre adresse : **Adresse mail** :

Code Postal : **Commune** : **Téléphone** :

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : **Commune** :

► Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Son n° de Sécurité sociale (s'il en a un) :

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) :

Sa date de naissance :

Son organisme d'assurance maladie

Sa nationalité : française Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse.

► Votre situation familiale

célibataire marié(e) vie maritale pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf ou veuve

depuis le :

► Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

Nom et prénom	1 Nationalité	Lien de parenté	2 Résidence alternée (cochez la case)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

1 Renseignez de la manière suivante : "FRA" si nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de l'EEE ou UE, ou Suisse, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

2 Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en résidence alternée

Situations particulières liées au RSA

► Les personnes de votre foyer

Un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans. Il bénéficie du RSA socle (c'est à dire montant forfaitaire du RSA) ou en a fait la demande en déclarant des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire. Il compte dans votre foyer pour déterminer le montant du plafond applicable. Si votre foyer ne peut pas bénéficier de la CMUC, la demande du jeune sera étudiée individuellement. Merci de cocher les cases correspondant à la situation du jeune et de joindre une copie de l'attestation de la demande de RSA.

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA socle	A déjà fait une demande de CMUC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Vous n'avez pas à remplir la déclaration de ressources pages 6 et 7 si vous vous trouvez dans une des deux situations suivantes

Et cochez alors la case correspondante :

- Vous résidez en France de manière stable et régulière et vous avez déposé une demande de RSA en déclarant des ressources qui sont présumées inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA (joindre une copie de l'attestation remise par la CAF ou la MSA).
- Vous résidez en France de manière stable et régulière, vous avez déclaré des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA et vous bénéficiez du RSA socle.

Vous devez compléter le formulaire de choix de l'organisme complémentaire (S 3712 et le cas échéant S 3713) et passer à la page 7 pour dater et signer le formulaire CMUC/ACS ►►►►►

► Dans tous les autres cas, vous devez remplir la déclaration de ressources pages 6 et 7.

Les ressources de votre foyer :

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources imposables ou non, perçues en France ou à l'étranger, ou versées par une organisation internationale et dont votre foyer a disposé pour les 12 derniers mois précédant votre demande. Par exemple, pour une demande établie le 25 février 2011, indiquez les ressources perçues du 1^{er} février 2010 au 31 janvier 2011.

Vous renseignez les pages 6 et 7 pour chaque personne de votre foyer ayant des ressources. Si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, vous complétez votre déclaration sur papier libre. Vous datez et signez également ce document et vous le joignez à votre dossier.

Vous trouverez en page 8 la liste des ressources qui ne doivent pas être déclarées.

Afin de simplifier le remplissage, vous n'avez pas à déclarer les montants de certaines ressources dont dispose déjà votre caisse. Il vous suffit de cocher les cases correspondantes.

Toutes les rubriques sont importantes pour le calcul de vos droits : certaines rubriques vous permettent de bénéficier d'un abattement sur les revenus d'activité.

Concernant le logement, un montant forfaitaire sera pris en compte dans vos ressources si vous êtes propriétaire, avec ou sans aide au logement, ou si vous occupez un logement gratuitement ou si vous êtes locataire avec une aide personnelle au logement.

Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €

► Information :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Vous pouvez avoir accès et rectifier les informations vous concernant en vous adressant à votre caisse d'assurance maladie.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie fixe ou mobile... (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

En cas de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire peut être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre Caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (article L.861-2-1 et L.863-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).



Cachet de l'organisme :

Fait à : Date et signature

Le : _____

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Certaines ressources perçues ne doivent pas être déclarées en pages 6 et 7 (articles L. 861-2 et R. 861-10 du code de la sécurité sociale). Il s'agit des ressources suivantes :

- ▶ le revenu de solidarité active, le revenu minimum d'insertion et le revenu supplémentaire temporaire d'activité
- ▶ l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments
- ▶ l'allocation de rentrée scolaire
- ▶ la prestation d'accueil du jeune enfant, **à l'exception du complément de libre choix d'activité qui doit être déclaré**
- ▶ les bourses d'études des enfants **sauf les bourses de l'enseignement supérieur qui doivent être déclarées**
- ▶ les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique
- ▶ les primes de déménagement versées par l'organisme servant les prestations familiales
- ▶ les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation, l'allocation compensatrice
- ▶ l'allocation personnalisée d'autonomie
- ▶ les prestations en nature d'assurance maladie, maternité, invalidité ou accident du travail (remboursement des frais de soins par la sécurité sociale)
- ▶ les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées pour assurer le remplacement des personnes non salariées dans leur activité à l'occasion de leur maternité ou de leur congé de paternité
- ▶ l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail
- ▶ la prime de rééducation et le prêt d'honneur aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- ▶ les frais funéraires versés en cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- ▶ le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale
- ▶ les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation
- ▶ l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord (allocation différentielle ou allocation de préparation à la retraite), l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives



n° 11421*02

couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la CMUC

(articles L. 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale)

ce formulaire complète le formulaire de demande de couverture maladie universelle complémentaire (cerfa n° 12504 - S3711).

Pour bénéficier de la CMUC, vous devez remplir ce formulaire en complément de votre demande de CMUC (sinon votre demande ne pourra pas être prise en compte).

Si vos droits sont reconnus, votre organisme d'assurance maladie transmettra ce formulaire à l'organisme complémentaire que vous aurez choisi. Les garanties offertes par la CMUC prendront effet pour vous-même et pour les membres de votre foyer à la date d'attribution du droit à la CMUC. Cette date sera indiquée sur l'attestation qui vous sera remise ou envoyée par votre organisme d'assurance maladie.



COMPOSITION DU FOYER

le demandeur de la CMUC					
nom (suivi, s'il y a lieu, d u nom d'époux(se))					
prénoms			date de naissance		
n° de sécurité sociale			code organisme		
adresse (il figure sur l'attestation papier qui accompagne la carte vitale)					
code postal		commune			
mon conjoint, mon concubin ou mon partenaire lié par un PACS					
nom					
prénoms			date de naissance		
n° de sécurité sociale			code organisme		
les autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à ma charge					
nom et prénom	lien de parenté	résidence alternée (1)	date de naissance	n° de sécurité sociale	code organisme si différent du demandeur
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en résidence alternée, cochez la case correspondante et joignez votre dernier avis d'imposition. (Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.)

La CMUC est servie soit par l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) figurant sur la liste des organismes participant à la CMUC (*), soit par votre caisse d'assurance maladie pour le compte de l'Etat. Les possibilités de choix sont différentes selon votre situation

SITUATION ACTUELLE

<input type="checkbox"/> je n'ai pas de complémentaire santé.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui ne figure pas dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai résilier mon contrat actuel (avec effet immédiat).	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui figure dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai demander à mon assureur de transformer mon contrat actuel en contrat CMUC. Il me proposera de plus un autre contrat correspondant aux garanties antérieures excédant celles de la CMUC, le cas échéant, que je pourrai refuser. S'il s'agit d'un renouvellement, je peux choisir un autre organisme complémentaire qui figure dans la liste.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe directement à la rubrique ② au verso. Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé obligatoire : je la conserve et la CMUC sera alors une 2 ^{ème} complémentaire santé. Je complète ci-dessous les coordonnées de l'organisme complémentaire :		
nom		
adresse		
code postal		
	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.

(*) Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".

1 CHOIX DE L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC (cochez une seule case)

<input type="checkbox"/> Option A je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, mes droits aux prestations sont ouverts automatiquement pour une année. ▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe directement à la rubrique 3
<input type="checkbox"/> Option B je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance figurant sur la liste des organismes participant au dispositif de la CMUC. Dans ce cas, ma caisse d'assurance maladie se chargera de transmettre ce formulaire à cet organisme et mes droits aux prestations seront alors automatiquement ouverts pour une année. Important: si l'année suivante, mes ressources dépassent le plafond, cet organisme aura l'obligation de me proposer de prolonger cette protection d'une année supplémentaire à un prix inférieur ou égal à un tarif préférentiel réglementé et ce sans préjudice d'un droit éventuel à l'aide complémentaire santé (ACS). ▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique 2

2 COORDONNEES DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC

Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".

<input style="width: 95%;" type="text" value="nom"/> <input style="width: 95%;" type="text" value="adresse"/> <input style="width: 95%;" type="text" value="code postal"/>	Je passe à la rubrique 3
--	---------------------------------

3 LES MEMBRES DE MON FOYER

Ils relèvent de la même caisse et choisissent le même organisme complémentaire
 Dans le cas contraire, chaque membre doit remplir un autre formulaire (réf. S3713)

4 Je vérifie les informations puis je date et je signe le document. ▶▶▶▶▶▶▶▶

Fait à le <input style="width: 150px;" type="text"/>	signature du demandeur de la CMUC <input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>
--	---

droits à la CMUC
(à compléter par la caisse d'assurance maladie)

du au

cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

cachet de la caisse d'assurance maladie
et coordonnées du centre gérant la couverture maladie de base

--	--

Vous devez transmettre ce document avec le formulaire de demande (cerfa n° 12504 - S3711) à votre caisse d'assurance maladie.