



Présentation de la réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

Comité associations / Fonds CMU-C

6 septembre 2019

La réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

1. Principe de la réforme
2. Modalités pratiques pour les assurés
3. Impact pour les professionnels de santé
4. Communication
5. Ressources utiles



Une réforme sociale à destination des assurés en situation de précarité : création de la complémentaire santé solidaire

Complémentaire santé solidaire, un dispositif unique à deux étages

Gratuite

Contribution suivant l'âge et situation familiale

745 €/mois

1007 €/mois

Personnes disposant de ressources inférieures à 745 euros /mois

Personnes disposant de ressources entre 746 euros et 1007 euros par mois

Une réforme sociale à destination des assurés en situation de précarité

Principes

- Ouverture du panier de l'actuelle CMU-C et des droits associés aux personnes actuellement éligibles à l'ACS, contre paiement d'une participation fonction de l'âge

Objectifs visés

- Garantir la prise en charge de la totalité des frais (y compris un panier large de dispositifs médicaux) à prix maîtrisé et soutenable
- Limiter les effets de seuil CMU-C/ACS
- Simplifier les démarches des assurés
- Améliorer le taux de recours et couvrir les personnes non utilisatrices de l'ACS

Calendrier

- 1^{er} novembre 2019 : entrée en vigueur de la réforme (arrêt des ouvertures de droits ACS et arrêt des souscriptions de contrats ACS)
- 31 octobre 2020 : fin des contrats ACS (un an de période transitoire)

Textes applicables

- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (article 52)
- Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale
- Décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en oeuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion

L'ACS disparaîtra au profit de la complémentaire santé solidaire avec participation financière



Complémentaire santé solidaire
avec participation financière



âge au 1er janvier de l'année d'attribution
de la protection complémentaire

29 ans et moins

30 à 49 ans

50 à 59 ans

60 à 69 ans

70 ans et plus

1 007 €

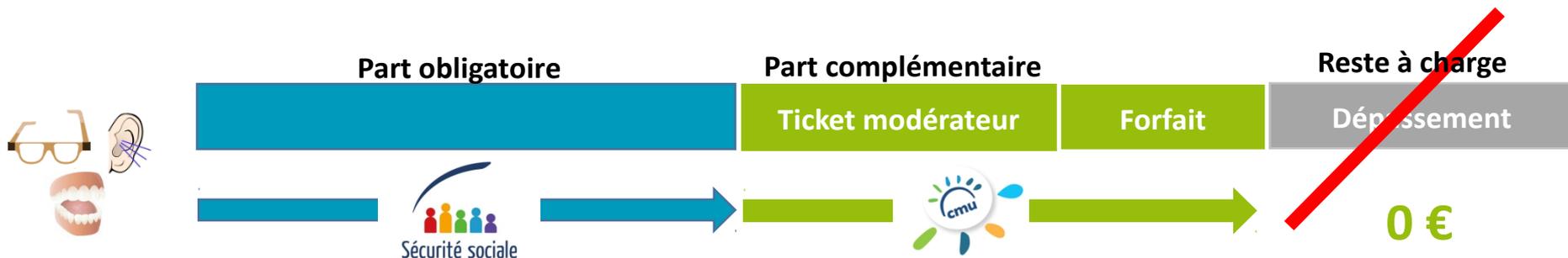
746 €

Complémentaire santé solidaire
sans participation financière



Une couverture plus large et sans reste à charge sur les frais de santé

- Application des règles relatives à la CMU-C actuelle au nouveau dispositif : respect des tarifs opposables et tiers payant intégral
- Quatre paniers de soins sans frais, en plus des soins courants :
 - Aides auditives : contenu identique au panier de soins 100% Santé
 - Prothèses dentaires : contenu plus large que le panier de soins 100% Santé
 - Optique : contenu à définir
 - Dispositifs médicaux



Illustrations des gains

- Approche globale nécessaire : reste-à-charge sur les soins et reste-à-payer sur la cotisation

Prothèses dentaires		Situation actuelle			Complémentaire santé solidaire			Gain CMU-C étendue
Âges	Contrat	RAC	RAP annuel	RAC+RAP	RAC	Cotisation annuelle	RAC+Cotisation	
16-29 ans	A	337 €	39 €	376 €	0 €	96 €	96 €	280 €
40-49 ans	B	314 €	245 €	559 €	0 €	168 €	168 €	391 €
70-79 ans	C	301 €	380 €	681 €	0 €	360 €	360 €	321 €

Optique : montures + verres complexes		Situation actuelle			Complémentaire santé solidaire			Gain CMU-C étendue
Âges	Contrat	RAC	RAP annuel	RAC+RAP	RAC	Cotisation annuelle	RAC+Cotisation	
16-29 ans	A	225 €	39 €	264 €	0 €	96 €	96 €	168 €
40-49 ans	B	343 €	245 €	588 €	0 €	168 €	168 €	420 €
70-79 ans	C	453 €	380 €	833 €	0 €	360 €	360 €	473 €

- Si certains jeunes ayant souscrit un contrat A pourraient avoir à assumer une augmentation modérée de leurs primes, ils bénéficieraient d'une couverture bien plus protectrice.
- Par exemple, pour l'ensemble des bénéficiaires ACS de moins de 29 ans en contrat A, le gain net est supérieur à 155€ annuels dès qu'ils recourent à la pose d'une couronne céramo-métallique

La réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

1. Principe de la réforme
2. Modalités pratiques pour les assurés
3. Impact pour les professionnels de santé
4. Communication
5. Ressources utiles



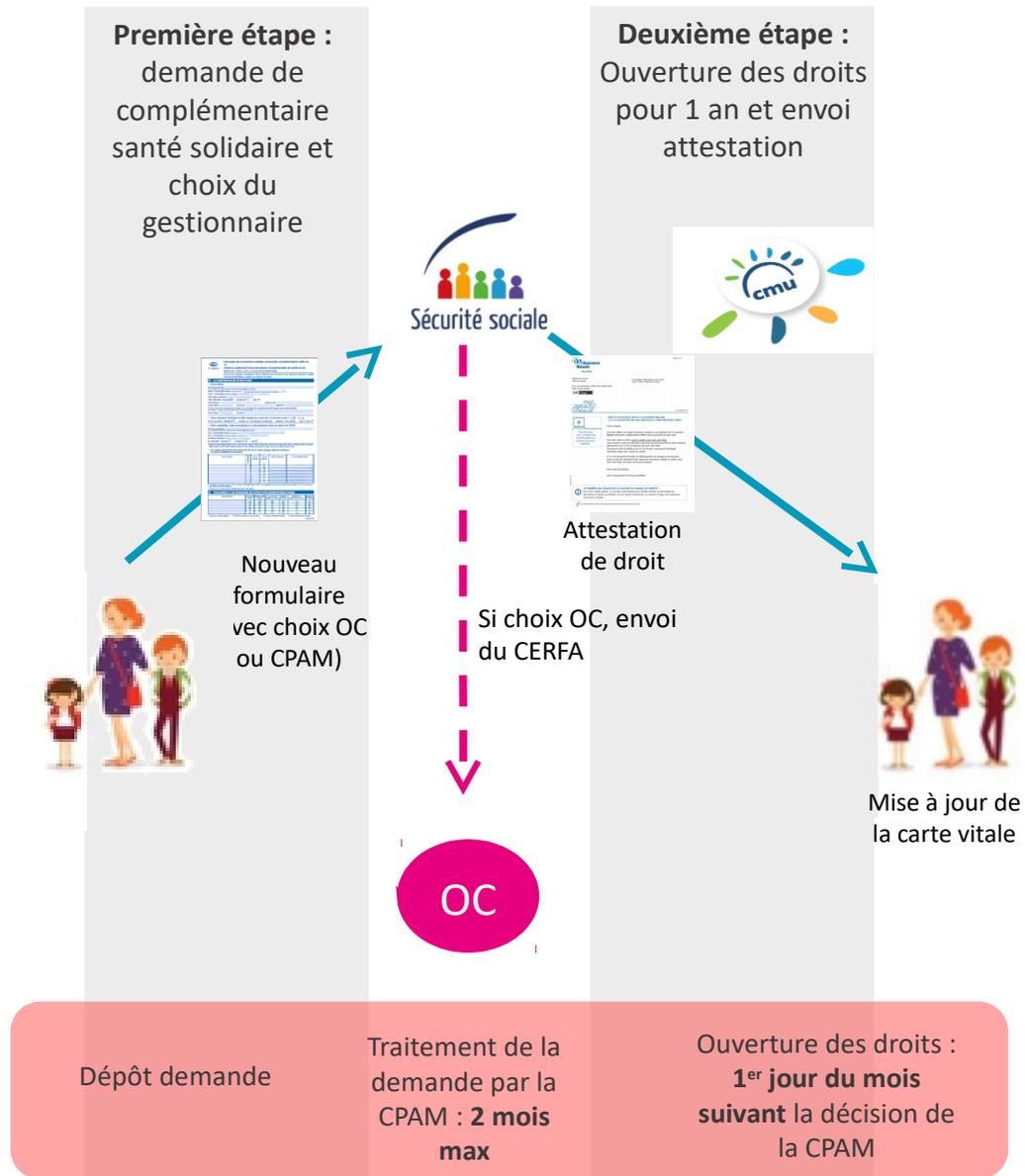
Nouveautés concernant les critères d'attribution de la complémentaire santé solidaire

- Des critères d'attribution calqués sur ceux de la PUMA : résidence stable et régulière ou travail (+ conditions de ressources)
 - Pour les travailleurs, pas besoin des trois mois de résidence
 - Les personnes résidant à l'étranger mais travaillant en France avec un contrat français peuvent bénéficier de la complémentaire santé solidaire
- Exclusion des bourses accordées sous conditions de ressources des ressources prises en compte pour l'attribution :
 - Bourses d'enseignement supérieure exclues

Présentation du nouveau formulaire

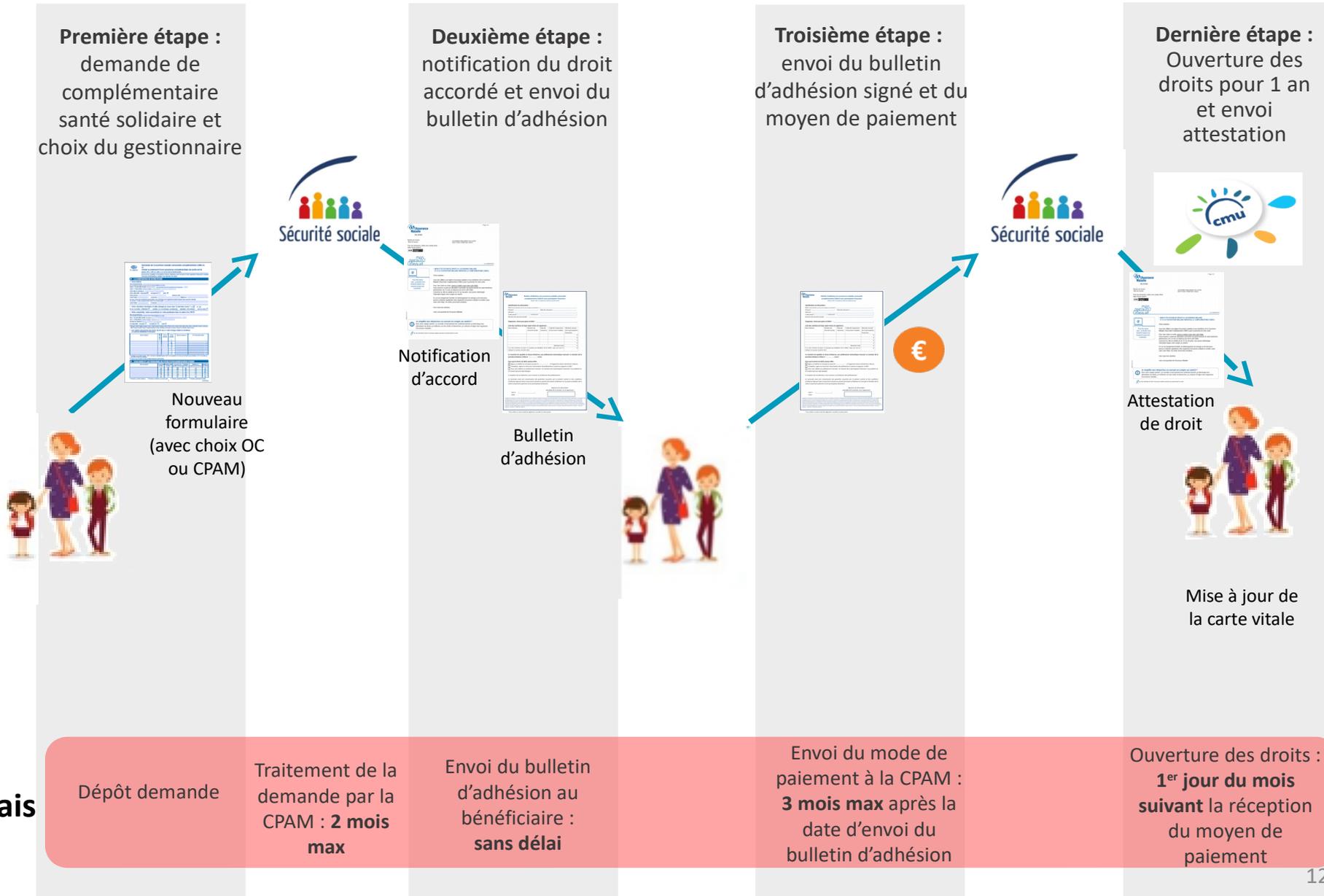
- Un formulaire modifié a minima pour tenir compte du changement de nom et des nouveautés citées précédemment.
- *Document présenté en séance*

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière, une démarche identique à l'actuelle

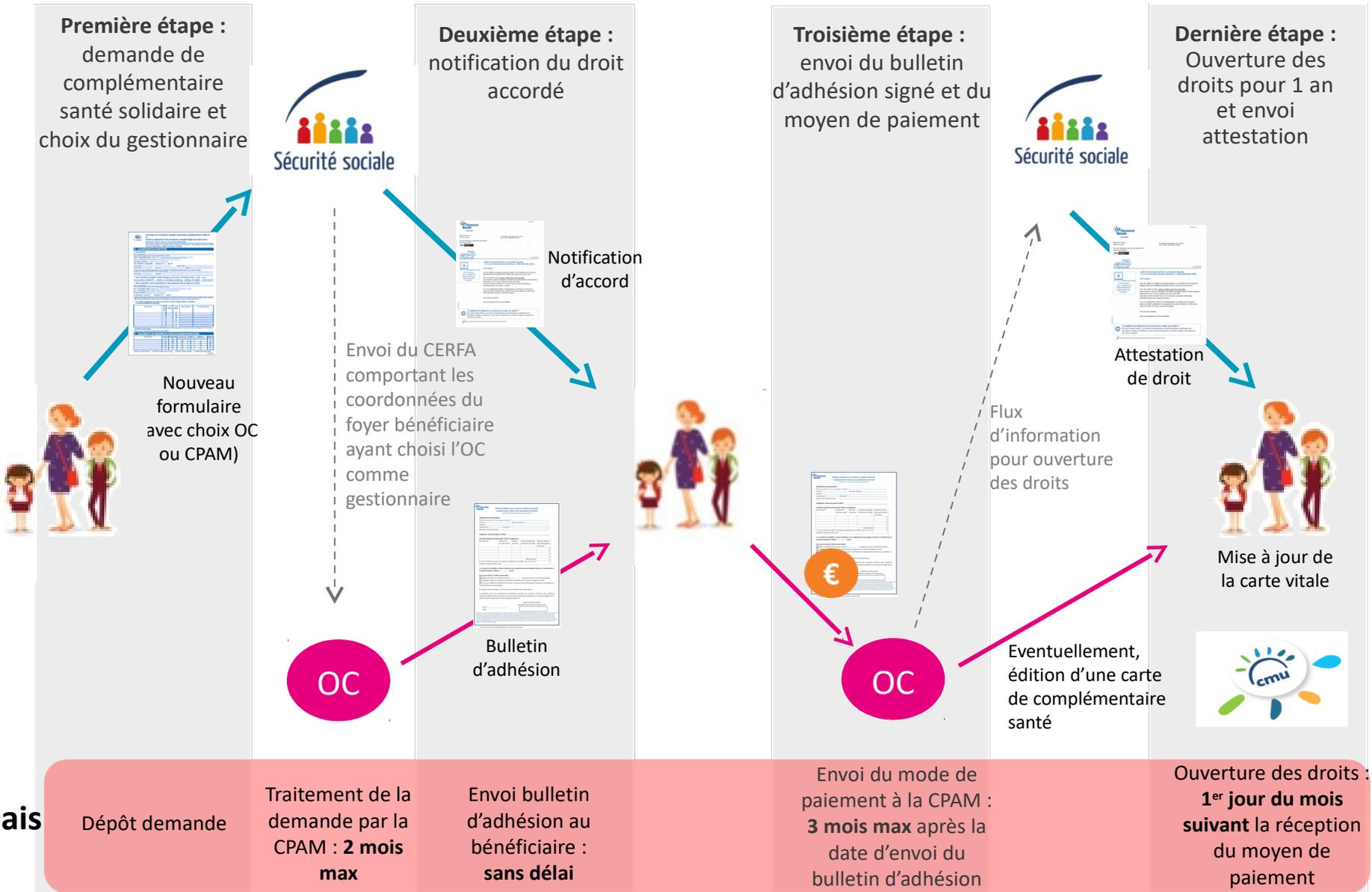


Délais

Complémentaire santé solidaire avec participation financière : quelle démarche pour les assurés qui choisissent la CPAM ?



Complémentaire santé solidaire avec participation financière : quelle démarche pour les assurés qui choisissent un OC?



Délais

Dépôt demande	Traitement de la demande par la CPAM : 2 mois max	Envoi bulletin d'adhésion au bénéficiaire : sans délai	Envoi du mode de paiement à la CPAM : 3 mois max après la date d'envoi du bulletin d'adhésion	Ouverture des droits : 1^{er} jour du mois suivant la réception du moyen de paiement
---------------	--	---	--	---

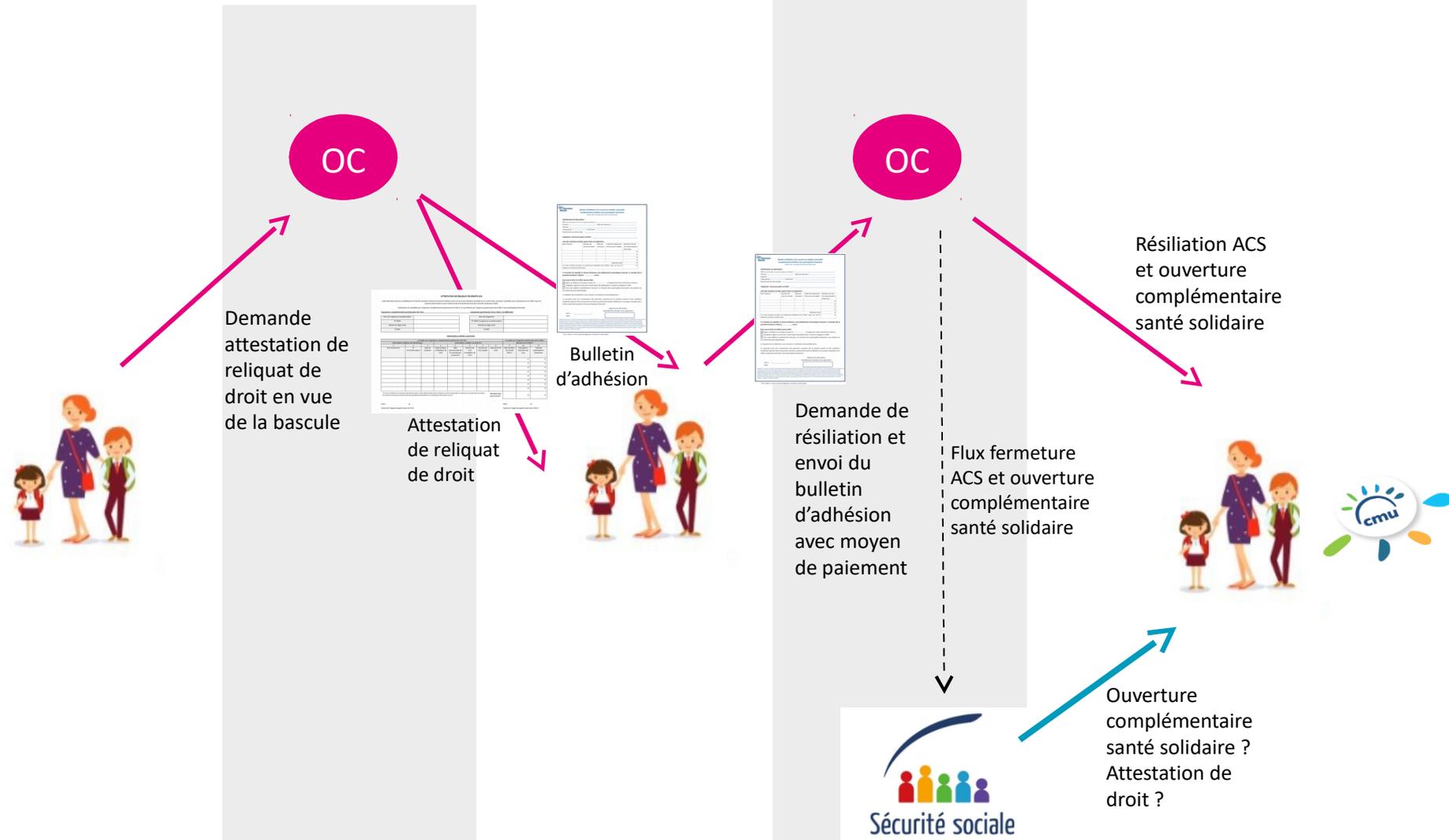
Le choix du gestionnaire

- Le dispositif sera géré par les CPAM et OC
- Maintien de l'assuré dans son OC (s'il est inscrit sur la liste des gestionnaires de la complémentaire santé solidaire) dans trois cas :
 - L'assuré a un contrat ACS arrivant à échéance après le 1^{er} novembre et obtient la complémentaire santé solidaire avec participation,
 - L'assuré a un contrat standard et obtient la complémentaire santé solidaire,
 - L'assuré demande la résiliation de son contrat ACS pour basculer vers un contrat de complémentaire santé solidaire.
- Si son OC n'est pas inscrit sur la liste des gestionnaires, le bénéficiaire peut choisir un organisme de sécurité sociale ou un autre OC inscrit sur la liste des OC gestionnaires.

Disparition progressive de l'ACS

- Les contrats ACS en cours au 1^{er} novembre 2019 courent jusqu'à leur échéance (sauf bascule anticipée vers la complémentaire santé solidaire demandée par le bénéficiaire).
- A compter du 1^{er} novembre 2019 :
 - Aucun droit ACS ne peut être accordé,
 - Aucun contrat ACS ne peut être souscrit ou renouvelé.
- Si un assuré veut utiliser une attestation chèque ACS en cours de validité après le 1^{er} novembre 2019 :
 - l'OC informe l'assuré que son droit ACS est transformé en droit complémentaire santé solidaire et lui retourne un formulaire d'adhésion avec le montant de la participation à acquitter.

Bascule anticipée de l'ACS vers la complémentaire santé solidaire dans un même OC

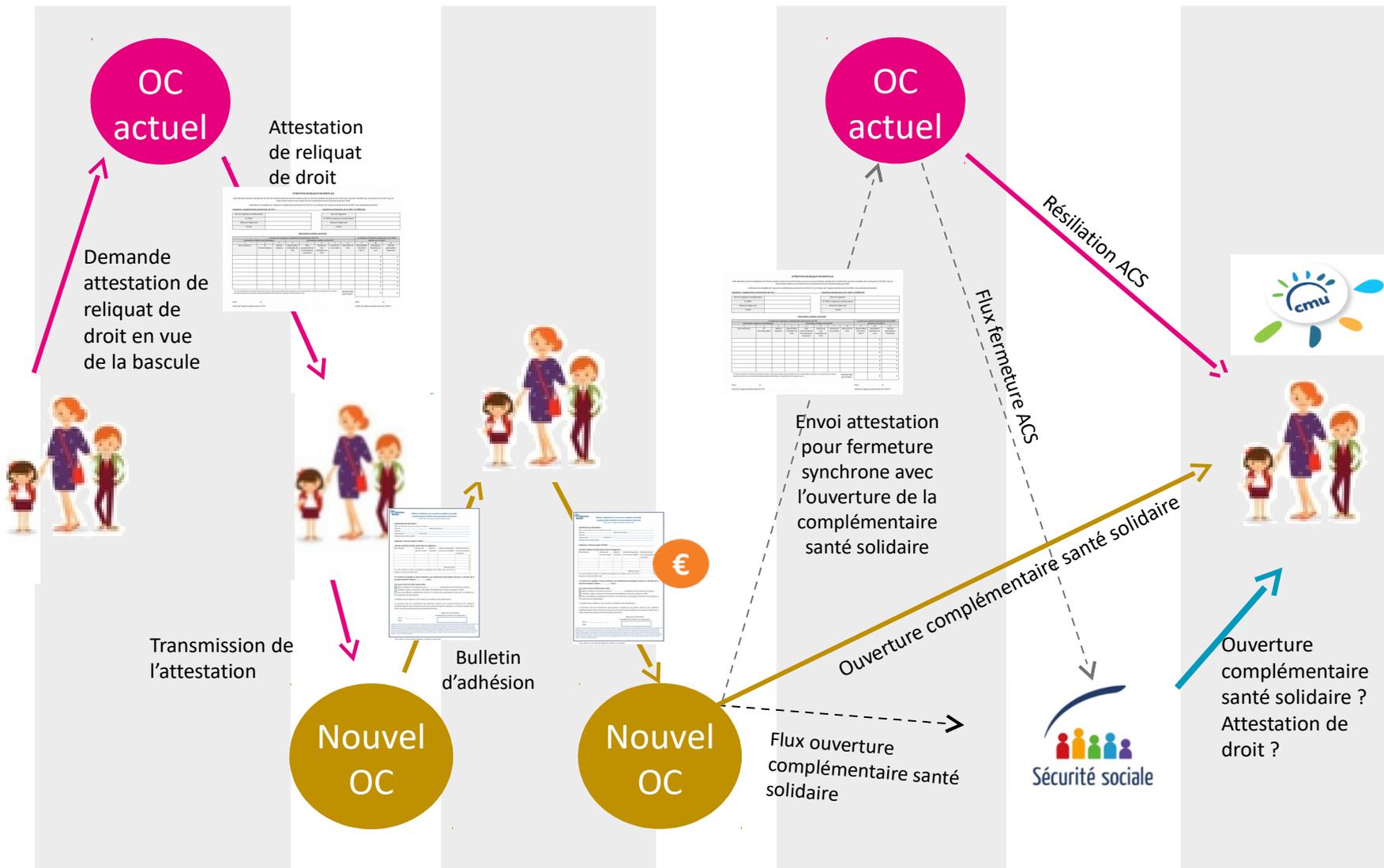


Délais

Résiliation : au plus tard le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande de résiliation

Résiliation ACS et ouverture complémentaire santé solidaire synchrones : pas de rupture de droit

Bascule anticipée de l'ACS vers la complémentaire santé solidaire dans un autre OC



Délais

Résiliation : au plus tard le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande de résiliation

Résiliation ACS et ouverture complémentaire santé solidaire synchrones : pas de rupture de droit

Que se passe-t-il en cas de non paiement de la participation financière ?



Non paiement de tout ou partie du montant correspondant à 2 mensualités consécutives

Information par le gestionnaire : suspension si pas de régularisation dans les 30 jours à compter de la date de la notification de cette information

Régularisation dans les 30 jours

RAS

Non régularisation dans les 30 jours

- Suspension du droit au 1^{er} jour du mois suivant l'expiration du délai de 30 jours
- Information : fermeture des droits si pas de paiement dans les 30 jours à compter de la date de la notification de cette information

Non régularisation dans les 30 jours

- Pendant la suspension, l'assuré ne bénéficie plus de l'exonération des participations forfaitaires et franchises. Il ne peut pas prétendre au tiers payant.

- Fin de la suspension
- Abandon du recouvrement des frais de santé indûment perçus au titre de la complémentaire santé solidaire pendant la période de suspension
- Les droits à la Complémentaire santé solidaire sont rétablis rétroactivement à la date de suspension.

Régularisation dans les 30 jours

Demande de renouvellement

- Procédure de renouvellement :
 - identique à la procédure de demande initiale
- Date de demande du renouvellement :
 - dépôt au plus tôt quatre mois et au plus tard deux mois avant l'expiration du droit précédent
- Date de prise d'effet du renouvellement :
 - 1^{er} jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent
- Renouvellement automatique pour les bénéficiaires du RSA, de l'ASPA et des allocations du minimum vieillesse
 - information de la reconduction du droit, par la CPAM, au moins trois mois avant la fin du droit en cours
 - en l'absence de réponse par l'assuré dans un délai d'un mois, le droit est renouvelé auprès du même organisme gestionnaire qui en est informé
 - si l'intéressé ne souhaite plus bénéficier de son droit ou s'il souhaite changer d'organisme gestionnaire, il en informe la CPAM qui notifie le changement à l'organisme gestionnaire en cours, et, le cas échéant, au nouvel organisme gestionnaire choisi

La réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

1. Principe de la réforme
2. Modalités pratiques pour les assurés
3. Impact pour les professionnels de santé
4. Communication
5. Ressources utiles



Une réforme sans impact pour les professionnels de santé

- La réforme ne modifie pas les obligations des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire :
 - respect des tarifs conventionnels (quel que soit le secteur d'activité),
 - application du tiers payant intégral pour les bénéficiaires (qu'il s'agisse d'une feuille de soins papier ou électronique) ;
 - pratique du tiers payant sur la part obligatoire pendant 12 mois après la fin de la complémentaire santé solidaire (sur présentation par l'assuré d'une attestation de tiers payant)
- La réforme ne modifie pas les procédures applicables pour la facturation
 - facturation en tiers-payant sur feuille de soins papier
 - facturation en tiers-payant sur feuille de soins électronique :
 - Avec carte Vitale à jour : elle porte la mention des droits à la complémentaire santé solidaire.
 - Avec carte Vitale non à jour : le patient doit présenter son attestation papier avec ses droits en cours de validité.



Des évolutions allant dans le bon sens

- Avec la réforme, les professionnels de santé ne seront face qu'à un seul dispositif, dont ils ont en général une bonne connaissance.
- La disparition du tiers payant social (possibilité d'avoir le tiers payant en présentant l'attestation TPS même si l'on ne souscrit pas un contrat ACS) devrait en outre être source de simplification.
 - A noter : Les attestations TPS restent utilisables jusqu'à la fin de leur durée de validité (total 18 mois). Il y aura donc une période de transition.
- En cas de suspension des droits, si la carte vitale du bénéficiaire n'est pas à jour, l'assurance maladie obligatoire rembourse le professionnel de santé qui l'a reçu (garantie de paiement).

La réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

1. Principe de la réforme
2. Modalités pratiques pour les assurés
3. Impact pour les professionnels de santé
4. Communication
5. Ressources utiles



La communication grand public

- Une campagne grand public sera lancée à l'automne pour mettre en avant les bénéfices de la réforme et inciter les assurés à s'informer sur leurs droits et à utiliser des simulateurs
- Elle s'adressera à un public très large
- L'approche créative est en cours de définition
- La campagne s'appuiera également sur les acteurs de terrain au contact des publics éligibles :
 - CAF, Conseils départementaux, CARSAT, Centres d'examen de santé, CCAS, organismes complémentaires, PASS, etc
 - Des outils simples seront mis à disposition des partenaires :
 - Fiche argumentaire : la complémentaire santé solidaire en quelques mots + réponses aux questions les plus fréquentes
 - Fiche démarches : comment faire une demande / renouveler?
 - Des supports d'information à destination des assurés :
 - Affiches, dépliants, vidéo d'animation
- Des opérations ciblées seront par ailleurs menées par les caisses d'assurance maladie auprès des bénéficiaires ACS.



Points de vigilance vis-à-vis des assurés

- Un **nom identique** pour un dispositif avec deux variantes : risque de mauvaise compréhension par les assurés
- **Confusion entre les notions de reste à charge** (sur les soins, après intervention des assurances maladie et complémentaire) et de **reste à payer** (sur les cotisations, après utilisation du chèque ACS) :
 - certains bénéficiaires de l'ACS vont avoir une participation financière plus conséquente que ce qui leur restait à payer sur les cotisations pour leur contrat ACS mais leur reste à charge sur les soins sera nul
- Les démarches sont un peu simplifiées mais le bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire avec participation financière aura toujours une souscription du contrat en **plusieurs étapes** :
 - demande de la complémentaire santé solidaire, réception de l'attribution de droit, envoi du moyen de paiement pour l'ouverture effective des droits.
- Pour la bonne gestion du dispositif, surtout celle avec participation financière, il est indispensable que les bénéficiaires **mettent à jour leur carte vitale**
 - lors de l'ouverture des droits et de la fin de droits
 - et, le cas échéant, lors de la suspension des droits

La communication portée par le Fonds CMU-C

- Le Fonds CMU-C communique sur la réforme de plusieurs manières.

- Son site internet cmu.fr comporte actuellement une FAQ. Il évoluera pour l'entrée en vigueur de la réforme et son identité visuelle sera revue. Ce site est une source d'informations complètes et actuelles. De nombreux assurés et professionnels le consultent. Son site info-ac.s.fr sera également actualisé.



D'une manière plus ciblée, le Fonds CMU-C a envoyé des courriers d'information aux OC, en lien avec la DSS, pour annoncer la réforme. Il peut en outre informer les organismes dont il a les contacts des publications et nouvelles informations.

Le fonds répond par mail et par téléphone aux assurés et aux associations qui le sollicitent.

La réforme des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

1. Principe de la réforme
2. Modalités pratiques pour les assurés
3. Impact pour les professionnels de santé
4. Communication
5. Ressources utiles



Ressources publiques

- Dès maintenant :
 - La foire aux questions du Fonds CMU-C : <http://www.cmu.fr/faqreformecmuc.php>

- **A partir de l'entrée en vigueur de la réforme :**
 - Le site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
 - Ameli : <https://www.ameli.fr/>
 - Le site du Fonds CMU-C : <http://www.cmu.fr>
 - Le site service public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>



Merci pour votre attention

6 septembre 2019