



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

WEBINAIRE:

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
SOLIDAIRE

06/04/2023

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

SOLIDAIRE :

PLUS SIMPLE, PLUS LARGE

ET PLUS PROTECTRICE

POUR UN MEILLEUR

ACCÈS AUX SOINS



01

CONTEXTE

02

QU'EST CE QUE LA C2S ?

03

LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION

04

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE?

05

L'OUVERTURE DU DROIT

06

LE RENOUELEMENT

07

CAS PARTICULIERS

01

CONTEXTE

CONTEXTE

- ❑ Faciliter l'accès aux droits et aux soins
- ❑ Limiter le non recours
- ❑ Diminuer le reste à charge sur les frais de santé

L'assuré ne paiera pas :

- ✓ Le médecin, actes de laboratoire, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, etc. ;
- ✓ Les médicaments en pharmacie ;
- ✓ Les dispositifs médicaux, comme les pansements, les cannes ou les fauteuils roulants ;
- ✓ La plupart des lunettes, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives.

 **Réduire les renoncements aux droits et aux soins**

CONTEXTE



2023

27739 bénéficiaires de la C2S

21816 sans participation financière

5878 avec participation financière



02

QU'EST CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?



QU'EST CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Une aide pour payer les dépenses de santé et bénéficier d'autres avantages...

Selon les ressources, **2 cas** :



Complémentaire santé solidaire
gratuite



Cette aide couvre l'ensemble du foyer



Complémentaire santé solidaire
payante à prix réduit :
1 euro/jour et par personne

QU'EST CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

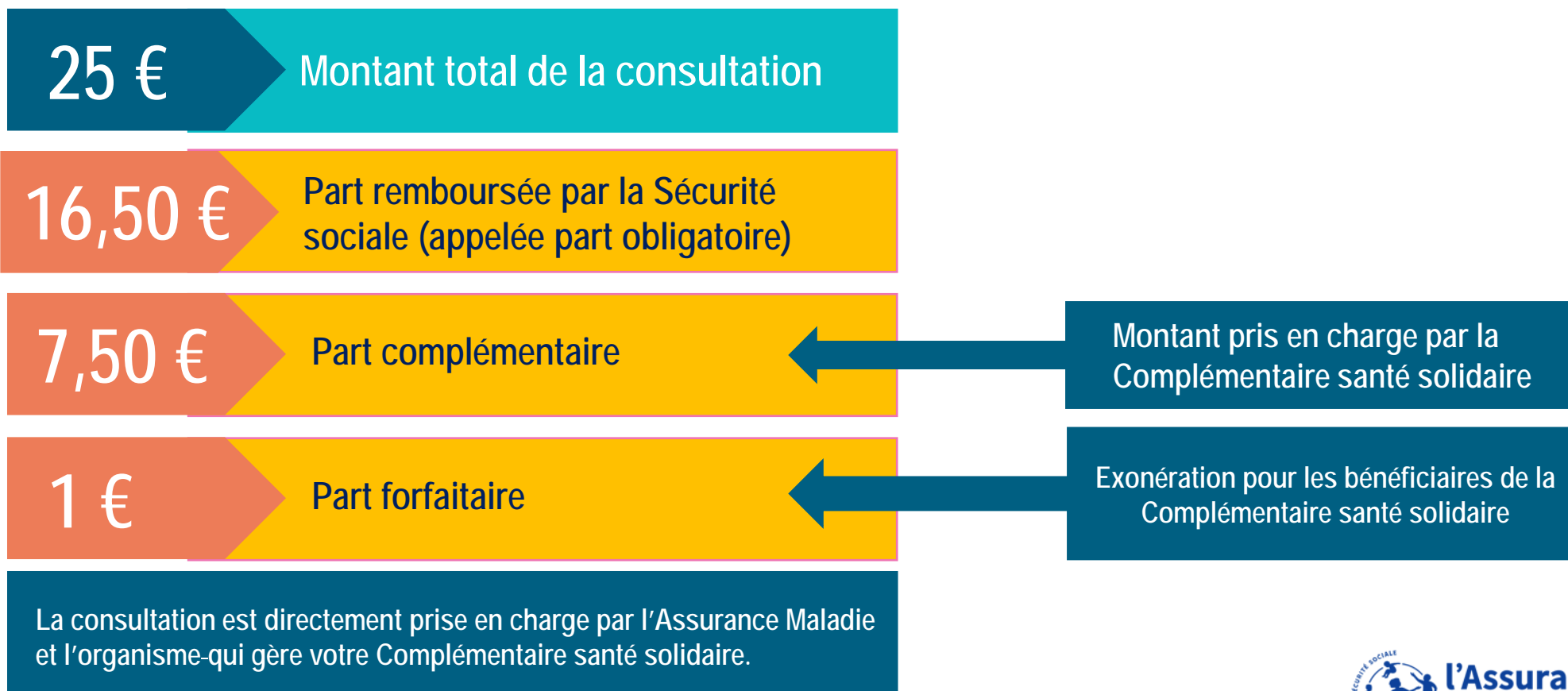
Le montant de la participation financière à la Complémentaire santé solidaire

Métropole et Dom

Âge au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière	Montant annuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8	96
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14	168
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21	252
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25	300
Assuré âgé de 70 ans et plus	30	360

QU'EST CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Exemple pour une consultation chez le médecin généraliste :



AVANTAGES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE



Pas de participations forfaitaires et pas de franchises médicales



Tiers payant **intégral**
(pas d'avance de frais)



Pas de dépassements d'honoraires chez le médecin même si je consulte un médecin qui en pratique habituellement*



BUS

Tarifs réduits sur les transports

*Attention : le médecin ne peut pas demander de dépassements d'honoraires, sauf si l'assuré a des demandes particulières comme des visites à domicile non-justifiées.



03

LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Pour demander la Complémentaire santé solidaire, vous devez :



bénéficiaire de l'assurance maladie



ne pas dépasser la limite maximum de ressources

Conception : DUCUIT

Vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire :

- ✓ **Si vous bénéficiez de la prise en charge de vos frais de santé par l'Assurance Maladie** en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France . **(La protection Universelle Maladie=PUMA)**
- ✓ **Si vos ressources sont inférieures à un montant** qui dépend de la composition de votre foyer **(voir les conditions de ressources+ simulateur)** ;
- ✓ **Si vous êtes à jour du paiement de vos participations financières (ou en cours de régularisation),** en cas de renouvellement de C2S.

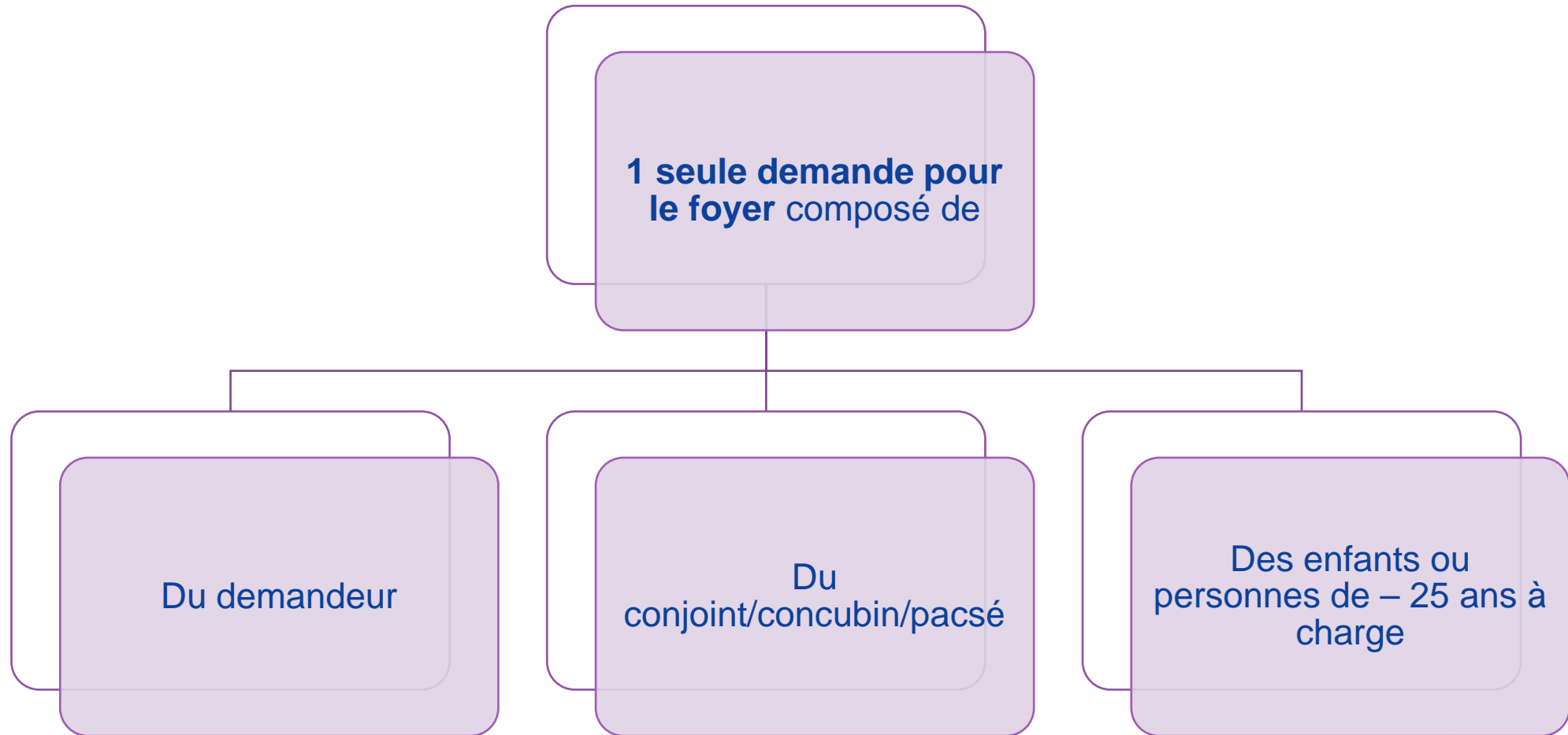
CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

- ✓ **En cas de refus: Aide spécifique: Aide à la mutualisation**
- ✓ **Les bénéficiaires :**
 - ✓ Les primo – demandeurs d'une C2S avec participation financière, dont les ressources sont supérieures au plafond de la C2S P et inférieures au plafond de l'aide à la mutualisation.
 - ✓ Plafond C2S + 16% (modification des plafonds. Communication à venir Début Mai)
 - ✓ Assurés sans contrat complémentaire santé ou ayant souscrit un contrat dans les 2 mois précédents la demande

04

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE?

LA DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE: NOTION DE FOYER



COMMENT FAIRE LA DEMANDE ?

Compte AMELI

- Aide à utilisation avec l'outil PASTEL



Formulaire S3711K



- Disponible sur le site AMELI
- Imprimable ou complétude dématérialisée



Ne pas
oublier de
joindre les
pièces
justificatives

FORMULAIRE PAGE 1 LE FOYER

Informations demandeur :
Nom, prénom, adresse, N° Sécurité Sociale, N° allocataire CAF

Cochez la situation familiale

Informations concernant le conjoint

Les personnes à charge – 25 ans

Cochez si l'un des membres du foyer bénéficie d'une des aides indiquées



Demande de Complémentaire santé solidaire

(articles L.801-1 et suivants, articles R.801-2 et suivants)

N° 12504*08

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

- Vous-même

Vos nom et prénoms : _____
(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (si celui-ci n'y a lieu))

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 européenne* autre

Votre adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

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 situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui non

Si oui, vous êtes : célibataire marié(e) - en concubinage - pacsé(e) séparé(e) - divorcé(e) veuf ou veuve

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

Ses nom et prénoms : _____
(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (si celui-ci n'y a lieu))

Son n° de sécurité sociale (s'il/elle en a un) : _____

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

Sa date de naissance : _____

Sa nationalité : française européenne* autre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Liechtenstein, Liban, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Serbie, Suède et Suisse

- Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue (y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____

(1) Renseignez de la manière suivante : "FR" si vous êtes de nationalité française, "EE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "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 fiscaliser en garde alternée.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire déjà du RSA	Demande Complémentaire santé solidaire en cours	Bénéficiaire de l'AAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASD (4)
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés

(2) Allocation de solidarité aux personnes âgées

(3) Allocation supplémentaire vieillesse

(4) Allocation supplémentaire invalidité

FORMULAIRE PAGE 2 LES RESSOURCES

1

Indiquez les ressources perçues du 13^{ème} mois au 2^{ème} mois précédant la demande

Exemple : demande le 18/02/2022, période du 01/01/2021 au 31/12/2021

2

Répondez à chaque question et indiquez les montants
Si pas de ressources, mettre 0



Le formulaire a valeur d'attestation sur l'honneur

Indiquez les aides éventuelles dans autres ressources (dont familiaux...)

LES RESSOURCES D'UN BÉNÉFICIAIRE (hors RSA et hors ASPA sans activité professionnelle)

1 Précisez cette période de douze mois :

du ____ mois ____ année
au ____ mois ____ année

2 Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande (indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

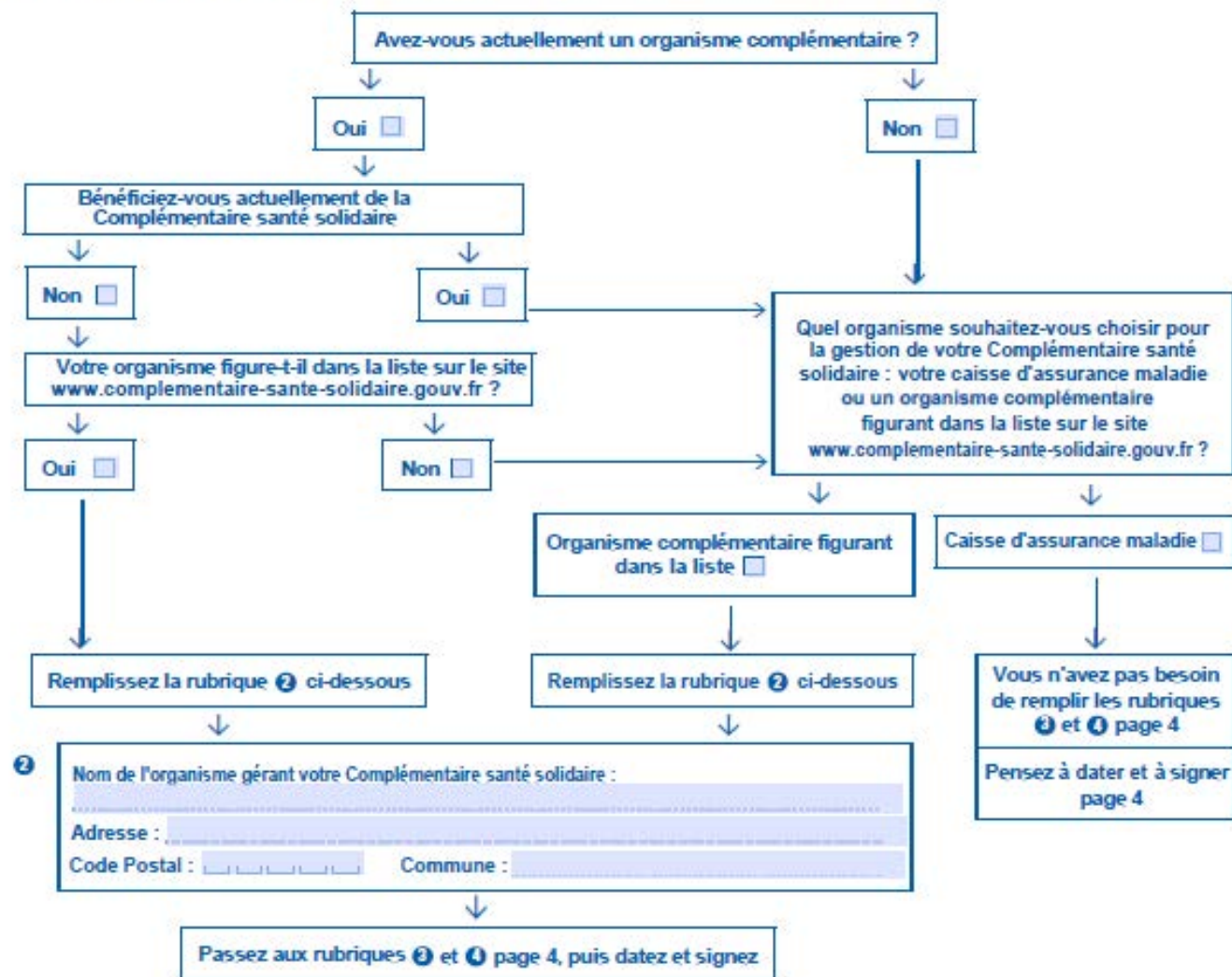
	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
1 Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité - chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande : • vente de marchandises et fourniture de logement • prestations commerciales et artisanales • activités libérales • activités agricoles - Pour les gérants de société : • rémunération ou part de bénéfice	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
2 Rémunérations diverses : - Indemnités exceptionnelles non imposables	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
3 Etes-vous en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie ? Etes-vous au chômage indemnisé, total ou partiel ? Percevez-vous l'allocation de solidarité spécifique ? Percevez-vous une rémunération de stage de formation professionnelle ?	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"/>
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	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"/>
5 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	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"/>
6 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Ne pas compléter cette page pour les bénéficiaires du RSA

FORMULAIRE PAGE 3 CHOIX DE MUTUELLE

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ Cochez les cases en fonction de votre situation



Suivez le schéma pour choisir l'organisme complémentaire

L'assuré doit choisir dès la demande l'organisme gestionnaire de sa C2S

FORMULAIRE PAGE 4

A compléter uniquement si le choix se porte sur un organisme de la liste
Mentionnez tous les membres du foyer ayant désigné le même organisme

Indiquez les coordonnées de l'interlocuteur



Dater et signer la demande

▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2)
		<input type="checkbox"/>/...../.....	
		<input type="checkbox"/>/...../.....	
		<input type="checkbox"/>/...../.....	
		<input type="checkbox"/>/...../.....	
		<input type="checkbox"/>/...../.....	

(1) Si votre enfant est constitué légalement en garde alternée, cocher la case correspondante
(2) Disponible sur l'affiliation papier qui accompagne votre carte Vitale

Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms :
(Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (scolaire et si y a lieu))

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse mail :

Téléphone :

Conformément au Règlement européen n° 883/2004 du 27 avril 2004 vous disposez d'un droit d'accès et de restitution aux données personnelles auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.msa.fr ou www.msa.fr. En cas de difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quotidienne se rend incapable de travail ou de faire valoir son droit de retraite ou de prestations complémentaires, d'ancienneté ou d'emploi (articles 313-1 à 313-3, 635-15, 641-1 et suivants du Code pénal, article L. 116-17-1 du Code de la sécurité sociale). Le directeur adjoint du Complémentaire santé solidaire peut aussi être consulté. Vous devez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sécurité de vos déclarations peuvent être vérifiées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses d'allocations familiales (articles L. 114-13 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel technique des organismes mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disparition ou de décès des personnes qui vous déclarent et votre fait de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'indemnité par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou limité en raison (articles L.861-2-1, R.861-45-1 à R.861-45-7 du Code de la sécurité sociale).

Je 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 vrais.

Signature du demandeur

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

Cachet de l'organisme

Fait à :
Le :

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (A compléter par la caisse d'assurance maladie)

sans participation financière du au

moyennant paiement d'une participation financière

Cachet de la caisse d'assurance maladie gérant la couverture maladie de base



PIÈCES JUSTIFICATIVES À LA CONSTITUTION DE LA DEMANDE

1

Justificatifs liés
à la situation
du demandeur

2

L'avis d'imposition ou l'avis de
situation déclarative à l'impôt
(ASDIR)

3

L'avis de taxe d'habitation et la taxe
foncière pour les personnes ayant
des biens non-loués



Joindre la copie visible de toutes les pages des documents

05

L'OUVERTURE DU DROIT

QUE FAIRE EN CAS D'ACCORD C2S SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE ?

L'assuré reçoit une réponse de sa CPAM:

- **Sur le compte ameli**
- **Par courrier**

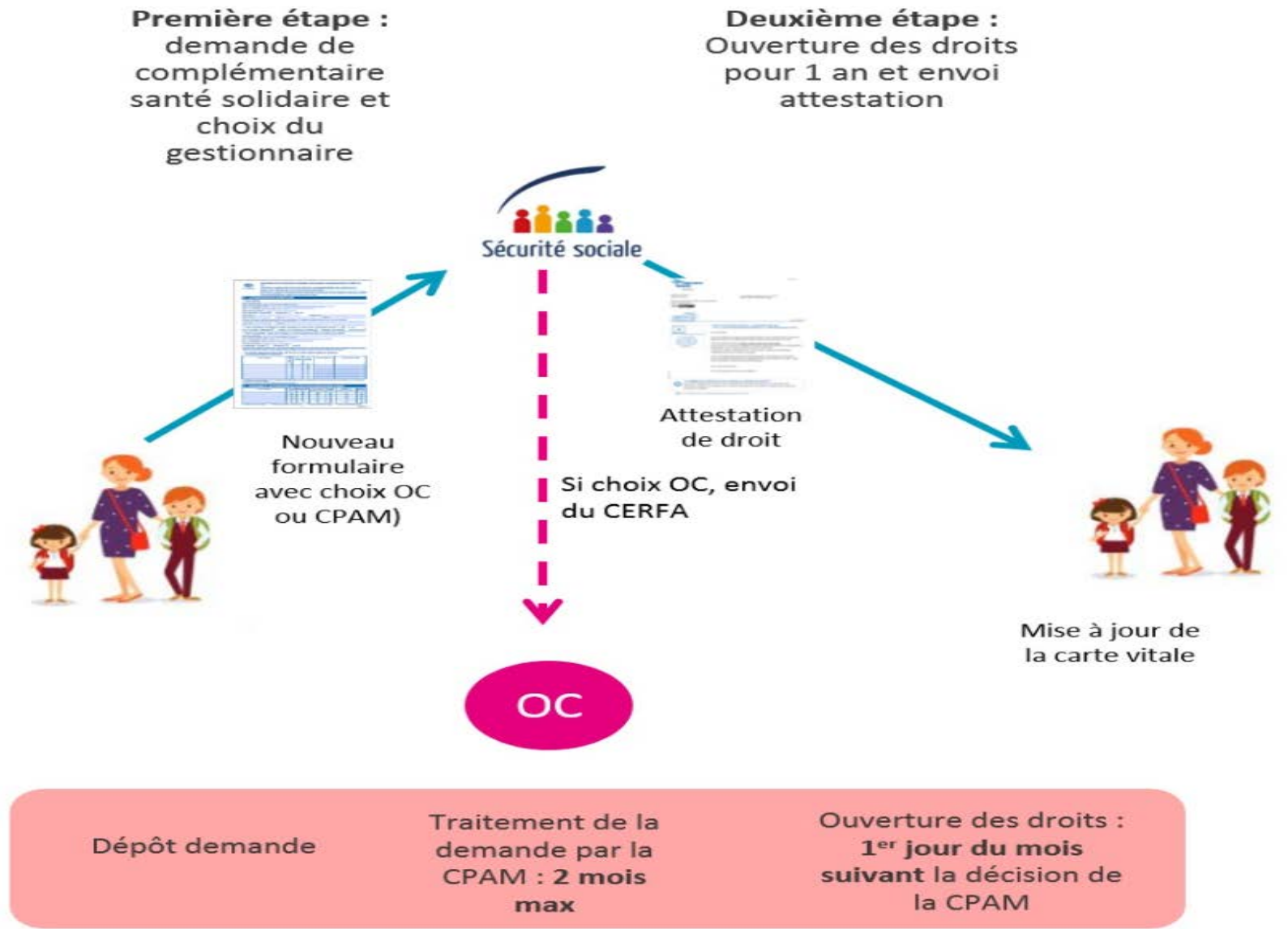


Réception de l'attestation de
droits Complémentaire
santé solidaire



Mise à jour la carte
Vitalité

RECAPITULATIF L'OUVERTURE DU DROIT POUR LA C2S SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE



QUE FAIRE EN CAS D'ACCORD C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE ?

L'assuré reçoit une réponse soit:

- **Sur le compte ameli**
- **Par courrier**



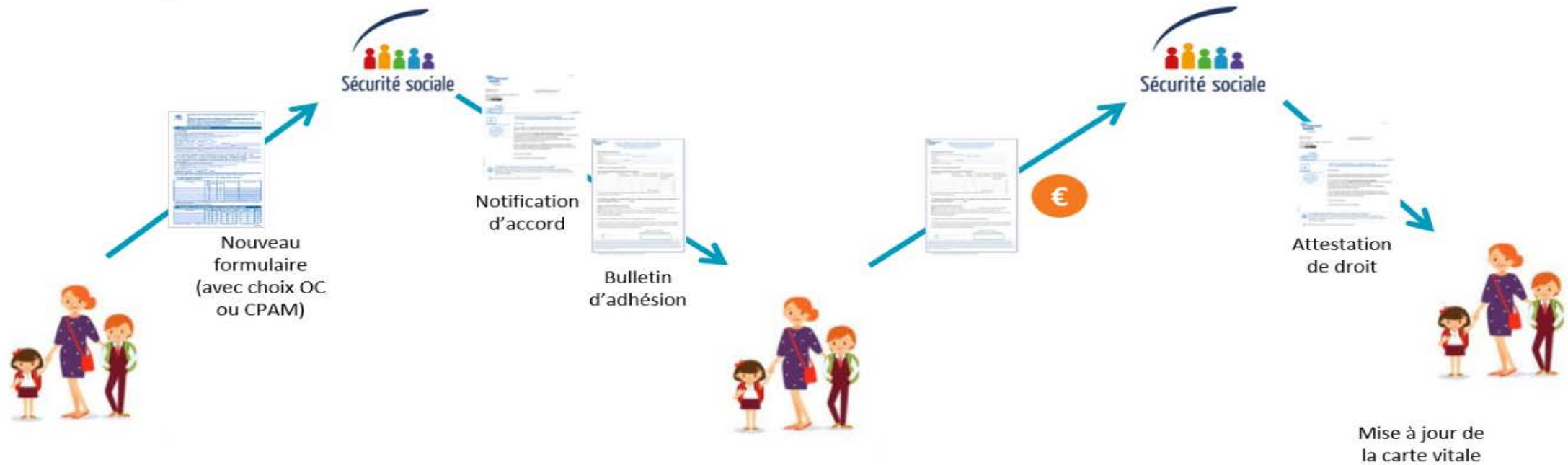
RECAPITULATIF QUE FAIRE EN CAS D'ACCORD C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE ? CHOIX CPAM COMME GESTIONNAIRE

Première étape :
demande de
complémentaire
santé solidaire et
choix du gestionnaire

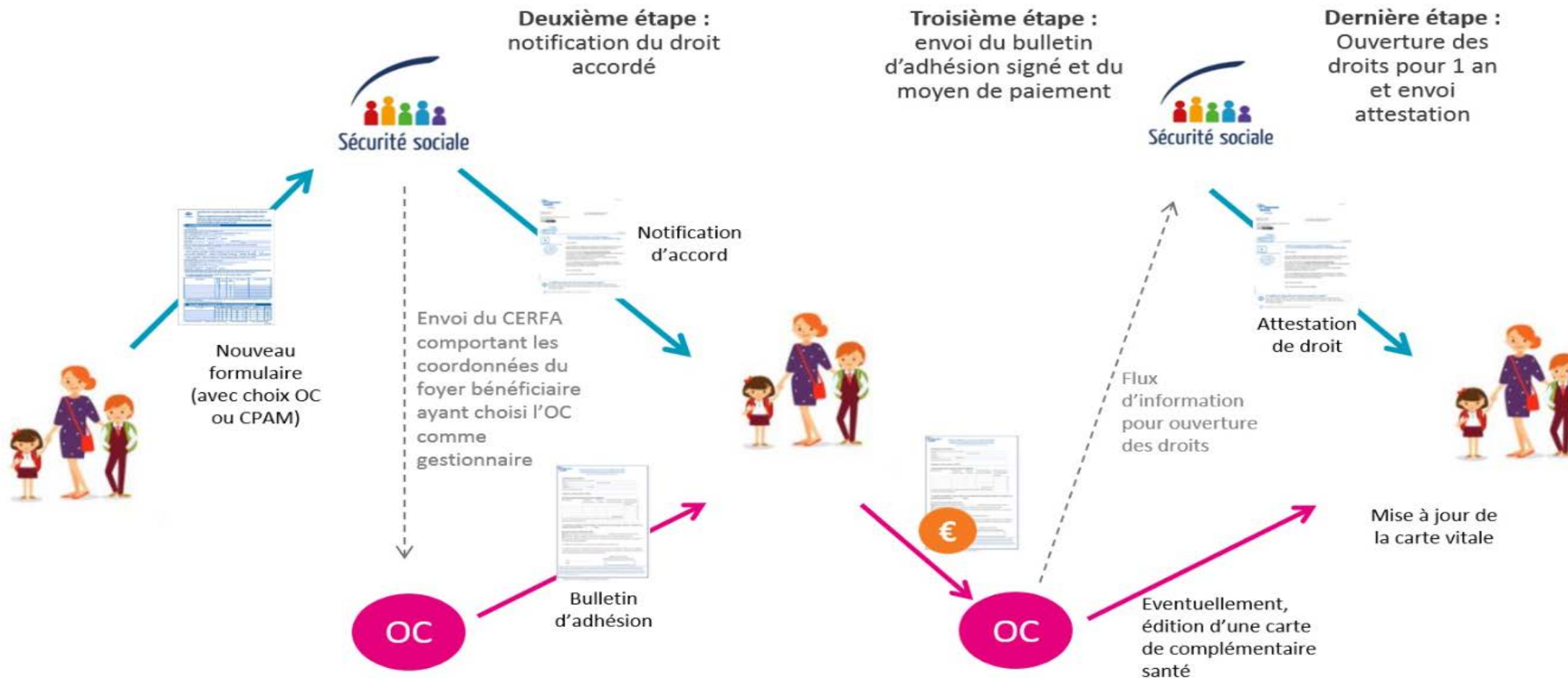
Deuxième étape :
notification du droit
accordé et envoi du
bulletin d'adhésion

Troisième étape :
envoi du bulletin
d'adhésion signé et du
moyen de paiement

Dernière étape :
Ouverture des
droits pour 1 an
et envoi
attestation



RECAPITULATIF ACCORD AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE AVEC ORGANISME COMPLÉMENTAIRE PRIVE COMME GESTIONNAIRE



Délais

Dépôt demande

Traitement de la demande par la CPAM : **2 mois max**

Envoi du bulletin d'adhésion au bénéficiaire : **sans délai**

Envoi du mode de paiement à l'OC : **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

APRÈS LA MISE EN PLACE DE LA C2S

1

L'assuré reçoit une attestation de droits
« Complémentaire santé solidaire »



2

Il met à jour sa carte Vitale



3

Carte Vitale
à présenter aux professionnels de santé
pour les soins de l'assuré et les membres
de son foyer



J'Y PENSE !
Attestation disponible
sur le compte ameli
Les médecins l'acceptent
en version numérique
sur votre
téléphone.

INTÉGRATION D'UN MAJEUR EN COURS DE DROITS AUTRE QU'UN ENFANT DE – DE 25 ANS

Il n'est plus nécessaire d'attendre l'échéance du droit en cours pour permettre à ce nouveau membre de bénéficier de la C2S.

Un dossier de demande peut être déposé sans attendre le renouvellement des droits.

Si le nouveau foyer remplit les conditions, une nouvelle période de 12 mois est ouverte pour l'ensemble du foyer.

Cette règle s'applique y compris en cas de passage d'une C2S sans participation à une C2S avec participation (sous réserve de renvoyer le bulletin d'adhésion et le mandat de prélèvement).

Si les conditions ne sont pas remplies, le droit en cours se poursuit jusqu'à sa date d'échéance normale pour ceux qui en bénéficiaient.

06

LE RENOUVELLEMENT

QUAND FAIRE LA DEMANDE DE RENOUELEMENT ?

Ouverture du droit

Renouvellement

1 an
Fin de droit



Risque de rupture du droit

La C2S doit être renouvelée chaque année

Le renouvellement est automatique pour les personnes bénéficiaires du RSA ou de l'ASPA* (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)

Dossier de renouvellement C2S sans participation
2 mois avant la fin du droit

Dossier de renouvellement C2S avec participation

Au plus tôt 4 mois au plus tard 2 mois avant la fin du droit

DOSSIER DE RENOUVELLEMENT C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE

Mesure de simplification des renouvellements C2S avec participation financière

Il n'est plus nécessaire pour le bénéficiaire de retourner le bulletin d'adhésion et le mandat de prélèvement si les 2 conditions suivantes sont remplies :

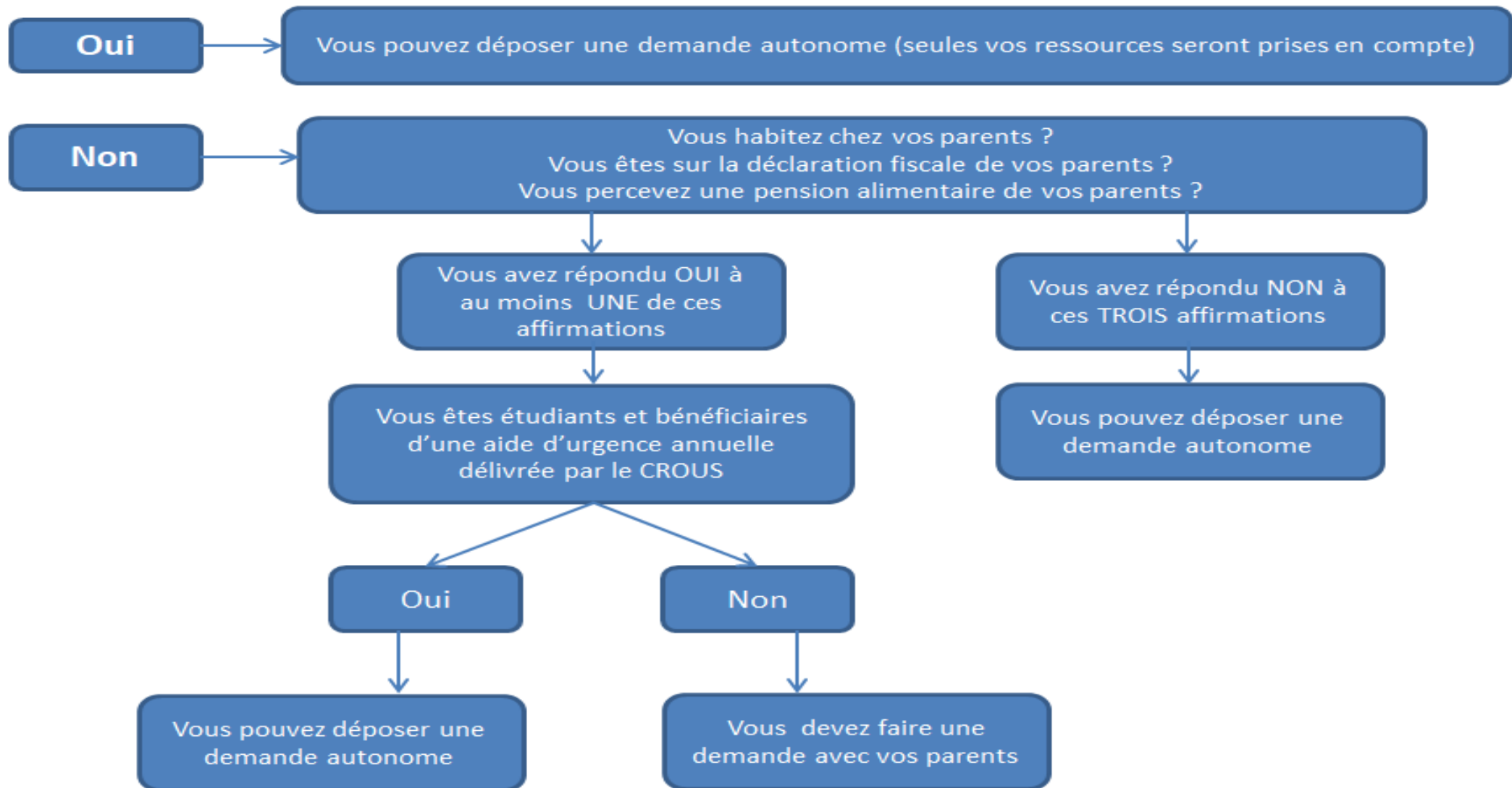
1. le **montant annuel** de la participation financière du foyer n'a pas évolué
2. le bénéficiaire n'a **pas changé d'organisme gestionnaire**
3. l'assuré doit être à jour de ses cotisations
4. Le moyen de paiement reste le prélèvement

07

CAS PARTICULIERS

ASSURES MOINS DE 25 ANS

- Avez-vous un enfant ?



LES BENEFICIAIRES DU RSA ET DE L'ASPA

Pour les allocataires du RSA:

Le droit à la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, leur est attribuée sans examen des conditions de ressources. La C2S commence le **1^{er} jour du mois du dépôt de la demande**

Dans le cadre du renouvellement automatique de leur droit, chaque mois, les caisses lancent une requête, afin d'identifier les allocataires du RSA dont les droits à la Complémentaire santé solidaire arrivent à échéance. Si le foyer a évolué, une nouvelle demande devra être déposée.

Pour les les allocataires de l'ASPA: (Allocation de Solidarité aux personnes Agées)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière est automatiquement renouvelé.

RETROACTIVITE C2S AVEC OU SANS PARTICIPATIONS FINANCIÈRES

En cas d'hospitalisation

La rétroactivité peut remonter jusque deux mois, à condition que la demande de C2S soit déposée dans les deux mois suivant la date d'entrée dans l'établissement

L'assuré doit toujours être hospitalisé au moment de la demande ou ne pas être sorti depuis plus d'un mois.

Lorsque ces conditions sont remplies, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'hospitalisation a débuté. La même date est retenue pour l'ensemble des membres du foyer couverts par le contrat. La durée du contrat reste fixée à 12 mois.

Les échéances mensuelles sont lissées sur la période restant à courir après renvoi des éléments de l'adhésion.

RENONCEMENT A LA C2S EN COURS DE DROITS

Depuis le 1er juin 2022, le bénéficiaire peut mettre fin à la C2S :

- Avec ou sans participation financière,
- Quelle que soit la date de début du contrat auquel l'assuré renonce,
- En cours de droit, sans devoir attendre l'expiration du contrat,
- Sans devoir motiver sa demande.

Le renoncement peut concerner une partie du foyer seulement

Le bénéficiaire doit adresser sa demande de renoncement à l'organisme gestionnaire de sa C2S (caisse ou organisme complémentaire) par tout moyen permettant de confirmer la date de réception. L'envoi en recommandé n'est pas obligatoire

Le droit à la C2S est interrompu à partir du **1er jour du mois suivant la réception de la demande**. Les éventuelles participations financières cessent d'être dues à partir de la date d'effet du renoncement.

DES QUESTIONS