

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°77

Ça y est ! Après plus d'un an de préparation, la Complémentaire santé solidaire naît le 1^{er} novembre 2019. Elle met fin à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) qui, en dépit des améliorations qui lui ont été apportées depuis sa mise en place en 2004, ne rencontre pas suffisamment son public. Le taux de recours à cette aide reste faible, entre 41 % et 59 % de personnes qui pourraient y prétendre ne demandent pas cette aide à la souscription d'un contrat de complémentaire santé. La mise en place de la Complémentaire santé solidaire unifie les aides à la complémentaire santé pour offrir une seule et même couverture complémentaire santé protectrice, garantissant un accès à un large panier de soins sans restes à charge sur les frais de santé, celui de la CMU-C actuelle.

Avec la Complémentaire santé solidaire, les personnes éligibles à la CMU-C auront accès à cette couverture dans les mêmes conditions qu'auparavant. Les personnes éligibles à l'ACS devront s'acquitter d'une participation financière pour accéder à cette couverture, qui sera comprise entre 26 centimes par jour pour une personne âgée de moins de 29 ans et 1 € au maximum par jour pour un assuré âgé de plus de 70 ans. Ce plafonnement à 1 € sécurise la situation pour les plus âgés, qui avec l'ACS devaient encore s'acquitter après utilisation de l'aide de sommes importantes pour souscrire à un contrat ACS auprès des organismes complémentaires habilités à les distribuer (reste à payer en moyenne de 700 € annuels pour l'acquisition d'un contrat C pour les plus âgés).

Plus d'une personne sur deux bénéficiera de la nouvelle Complémentaire santé solidaire en s'acquittant d'une cotisation inférieure à ce qu'elle paie aujourd'hui. Pour les assurés qui devront s'acquitter d'une cotisation plus élevée que ce qu'ils versaient dans le cadre de la souscription à un contrat ACS, l'effort financier sera plus que compensé dès la réalisation d'un soin coûteux. Aujourd'hui les bénéficiaires d'un contrat ACS paient entre 20 % et 60 % de leurs dépenses de soins prothétiques dentaires selon le contrat souscrit (contrat C le plus couvrant, contrat B intermédiaire, contrat A le moins couvrant). A compter du 1^{er} novembre, ils n'auront aucun frais sur tous les soins prothétiques dentaires ou d'orthodontie inclus dans le panier de soins de la Complémentaire santé solidaire. De même, les bénéficiaires de l'ACS paient aujourd'hui entre 45 % et 75 % de la dépense lorsqu'ils s'équipent en audiologie et entre 25 % et 85 % pour l'optique. Ils auront demain accès à des audioprothèses et à des dispositifs d'optique de qualité sans frais de santé.

Pour les autres dépenses de soins (consultations chez les professionnels de santé, médicaments, forfait journalier à l'hôpital, prestations à l'hôpital...), les bénéficiaires n'auront toujours aucun frais comme c'est le cas aujourd'hui avec la CMU-C et l'ACS. Ils continueront à être dispensés de l'avance de frais et des participations forfaitaires. Et les médecins seront toujours tenus d'appliquer les tarifs conventionnels, sans dépassements d'honoraire.

Plus lisible et plus protectrice, la Complémentaire santé solidaire concerne potentiellement entre 9,5 et 12,1 millions de personnes.

Marianne CORNU-PAUCHET,
Directrice du Fonds CMU-C

La mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire, dernière ligne droite !

Au 1^{er} novembre, la Complémentaire santé solidaire entre en vigueur. Le Fonds CMU-C travaille activement depuis plusieurs mois à la préparation de cette réforme, en lien étroit avec la Direction de la Sécurité sociale, la CNAM et la MSA, l'ACOSS mais aussi les organismes complémentaires et les associations.

Le fonds a validé et établi la liste des organismes complémentaires participant à la gestion de la Complémentaire santé solidaire. 133 organismes volontaires sont inscrits, dont 113 mutuelles, 19 sociétés d'assurance et 1 institution de prévoyance. Parmi ces organismes, seuls 14 ne géraient aucun dispositif de protection complémentaire santé à destination des personnes précaires. Les autres géraient soit la CMU-C (29), soit l'ACS (12), soit la CMU-C et l'ACS (78). En 2018, leurs bénéficiaires représentaient plus de 80 % des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire et 70 % de l'ensemble des bénéficiaires ACS.

La liste exhaustive de ces organismes est disponible sur le site du fonds, en format pdf mais aussi *via* son moteur de recherche, qui permet aux assurés de chercher un organisme par dénomination, ville ou encore département. Il est important que les assurés consultent cette liste s'ils choisissent un organisme complémentaire pour la gestion de leur Complémentaire santé solidaire. En effet, le choix du gestionnaire devra être fait dans le formulaire de demande, qu'il s'agisse du dispositif sans participation financière ou avec participation financière. En outre, afin de simplifier le parcours des assurés qui feront leur demande en ligne sur Ameli, et leur permettre de choisir l'organisme complémentaire gestionnaire de leur Complémentaire santé solidaire de manière totalement intégrée, le fonds et la CNAM vont déployer une passerelle automatisée vers la liste des organismes et ce, courant décembre 2019.

S'ils choisissent un organisme complémentaire comme gestionnaire, à l'issue de leur droit, les assurés peuvent bénéficier d'un "contrat de sortie". Le contrat de sortie actuel devrait rester en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit que le contrat de sortie sera revu à compter du 1^{er} janvier 2020. Il s'agirait pour les organismes complémentaires gestionnaires de proposer aux assurés, à un tarif encadré réglementairement en fonction de leur âge, un contrat de complémentaire santé responsable couvrant pendant une année un large panier de soins sans reste à charge grâce au "100 % santé".

Le fonds a également participé à l'élaboration de la campagne de communication sur le nouveau dispositif, lancée à la mi-octobre avec une conférence de presse de la Ministre. Cette communication est portée par le ministère des Solidarités et de la Santé, la CNAM, la MSA et le fonds. Elle s'adresse à un large public, au moyen des différents médias. Elle est axée sur les bénéfices du nouveau dispositif. Des actions plus personnalisées à destination des personnes déjà bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont aussi prévues, comme l'envoi de messages sur leur compte Ameli.

Enfin, le Fonds CMU-C va devenir le Fonds de la Complémentaire santé solidaire. Son site internet est désormais www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr. Il comporte toutes les informations utiles sur le nouveau dispositif et continue de s'adresser à la fois au grand public mais aussi aux organismes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires.

La CMU-C en chiffres

■ Le régime général enregistre une progression des effectifs particulièrement dynamique

Fin juillet 2019, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C tous régimes confondus est évalué à 5,8 millions, en hausse de 3,6 % par rapport au mois de juillet 2018. La progression porte sur la métropole, de 4 %, là où les Dom restent stables, avec seulement 0,2 % d'évolution. La hausse concerne essentiellement le régime général avec + 4,7 %. Elle est en partie consécutive à l'intégration progressive des étudiants et des travailleurs indépendants.

Ainsi, les nouveaux travailleurs indépendants sont affiliés au régime général depuis le 1^{er} janvier 2019 et l'ensemble des ressortissants du régime des indépendants intégrera le régime général début 2020. Les attributions de la CMU-C enregistrées par le régime des indépendants ne portent donc que sur le stock des ressortissants du régime. Les attributions de la CMU-C accordées aux travailleurs indépendants affiliés à partir du 1^{er} janvier 2019 contribuent quant à elles à l'augmentation des effectifs de la CMU-C au régime général.

Consécutivement à leur basculement progressif au régime général depuis le 1^{er} septembre 2018, les attributions accordées aux étudiants dynamisent également l'évolution des effectifs de la CMU-C au sein du régime général. En contrepartie, les sections locales mutualistes enregistrent une baisse de 35,8 %. Le nombre de bénéficiaires qui ont choisi un OC pour la gestion de leur CMU-C a pour sa part diminué de 8,7 %, pour atteindre 486 000 personnes.

Effectifs CMU-C – Juillet 2019

En milliers

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 620	567	5 186	404
Régime social des indépendants	358	18	375	45
Régime agricole	149	9	158	18
Sections locales mutualistes	55	4	59	18
Régimes spéciaux	7	4	11	1
Total Juillet 2019	5 189	602	5 790	486

Effectifs CMU-C – Juillet 2018 - Juillet 2019

En %

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	5,1	1,2	4,7	-6,8
Régime social des indépendants	0,3	2,2	0,4	-2,8
Régime agricole	1,3	-2,5	1,1	-15,0
Sections locales mutualistes	-33,3	-56,9	-35,8	-40,1
Régimes spéciaux	0,3	-0,5	0,0	-16,6
Évolution M-12 – Juillet 2019	4,0	0,2	3,6	-8,7

Données provisoires
Source : tous régimes

■ La dépense moyenne par bénéficiaire ralentit

La dépense pour la part CMU-C est de 2,1 milliards d'euros à fin juillet 2019, en cumul sur douze mois glissants, pour l'ensemble des trois principaux régimes.

Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 417 €, dont 422 € pour le régime général, 361 € pour les indépendants et 366 € pour le régime agricole. Il est en hausse de 1,1 %.

Le montant moyen par bénéficiaire pour les soins de ville est de 315 €, en augmentation de 1,4 %. Le coût moyen par bénéficiaire pour les soins dentaires (soins, prothèses, orthodontie) est de 100 €, soit un tiers du coût moyen des dépenses de ville. Sa progression de 7,3 % reste significative, dans la continuité de la mise en place de la nouvelle grille de prises en charge mise en place au 1^{er} octobre 2017. Parallèlement, le coût moyen par bénéficiaire pour les soins de ville, hors dentaire, est en baisse de 1,1 %.

Le montant moyen pour les soins hospitaliers est de 102 €, stable par rapport à juillet 2018. La montée en charge de l'augmentation du forfait journalier hospitalier au 1^{er} janvier 2018 touche à sa fin. Le poste pour ces forfaits est en évolution de 1,6 %, pour une dépense moyenne de 26 € par bénéficiaire.

Dépense moyenne par bénéficiaire – Juillet 2019

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	317 €	295 €	277 €	315 €
<i>dont forfaits CMU-C</i>	85 €	70 €	82 €	84 €
Hôpital	105 €	66 €	89 €	102 €
<i>dont forfaits journaliers hospitaliers</i>	28 €	11 €	12 €	26 €
Total	422 €	361 €	366 €	417 €

Dépense moyenne par bénéficiaire - Juillet 2018 - Juillet 2019

En %

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	1,2	4,1	2,2	1,4
<i>dont forfaits CMU-C</i>	8,6	8,4	8,4	8,6
Hôpital	-0,1	2,9	7,9	0,1
<i>dont forfaits journaliers hospitaliers</i>	1,5	2,6	12,9	1,6
Total	0,9	3,9	3,5	1,1

Données provisoires pour les effectifs

Source : CNAM, CNDSSTI, CCMSA

Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des bénéficiaires des trois régimes dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire (5,1 millions de bénéficiaires)

ACM : année complète mobile

L'ACS en chiffres

■ L'ACS poursuit sa progression à un rythme annuel proche de 5 %

À fin juillet 2019 et sur une année, 1,71 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. La croissance se poursuit tout en ralentissant par rapport aux deux années précédentes. Les effectifs ont ainsi augmenté de 5,2 % par rapport à la même période une année plus tôt contre 8 % l'année précédente.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,30 million à fin juillet 2019.

Il a augmenté de 4,6 % sur une année. Comme le nombre d'attestations délivrées, la souscription à un contrat ACS a décéléré, en particulier par rapport à 2017 et au début de l'année 2018, période sur laquelle la progression était de 8 % en moyenne. Depuis la réforme de juillet 2015, les effectifs protégés par un contrat ont progressé de plus de 30 %, soit 320 000 bénéficiaires supplémentaires du dispositif.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue pas dans le temps : plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Pour les 10 groupements en mesure de transmettre l'information (92 % des personnes protégées), à fin juillet 2019, le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie s'établit à 170 000, soit l'équivalent de 14 % du nombre de personnes protégées par un contrat ACS (hors contrats de sortie).

Les contrats ACS : l'évolution de l'ACS en 2019

	Nombre total de personnes couvertes en fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du nombre de personnes couvertes	Taux d'utilisation des attestations
2019 janv	1 259 226	5,3 %	-6 093	76,2 %
2019 févr	1 266 022	5,0 %	6 796	76,4 %
2019 mars	1 275 037	4,9 %	9 015	76,8 %
2019 avr	1 282 432	5,1 %	7 395	76,9 %
2019 mai	1 288 857	4,9 %	6 425	76,7 %
2019 juin	1 292 277	4,5 %	3 420	76,1 %
2019 juil	1 301 155	4,6 %	8 878	76,9 %

Champ : tous bénéficiaires d'une attestation ACS et toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS
Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

Fréquence OC

■ Un nouveau guide d'aide à la déclaration de la TSA

Le bordereau déclaratif relatif à la TSA a été adapté pour tenir compte des évolutions prévues par la LFSS 2019 concernant les aides à la complémentaire santé, le nouveau mode de calcul de la contribution au forfait patientèle médecin traitant et la population couverte par une complémentaire santé. Ces changements entreront en vigueur pour la déclaration du 4^e trimestre 2019 qui sera effectuée au 1^{er} trimestre 2020. Une nouvelle version du guide pratique d'aide à la déclaration a été mis à disposition mi-octobre sur le site de l'URSSAF afin d'apporter toutes les précisions utiles au renseignement des différents champs.

■ Une hausse dynamique de l'assiette de la TSA au 1^{er} semestre 2019

Après avoir enregistré une faible augmentation sur 2018 (+ 1,1 % ramené à + 1,3 % à méthode de comptabilisation inchangée pour les OC¹), l'assiette de la TSA est repartie en forte hausse au premier trimestre 2019 et poursuit ce dynamisme au deuxième trimestre : + 3,6 %, après + 4,5 % au premier trimestre.

Sur le premier semestre 2019, la hausse ressort à 4,1 % par rapport au premier semestre 2018.

Outre le dynamisme lié à l'augmentation du prix des contrats de complémentaire santé, il y a certainement un effet "base" dans la mesure où le premier semestre 2018 a été stable par rapport au premier semestre 2017 (+ 0,2 %).

La forte progression constatée en 2018 sur les principales déclarations relatives aux garanties santé non-responsables ne se poursuit pas sur le premier semestre : + 1,5 % après + 9,8 % entre 2017 et 2018.

Le produit de la taxe au premier semestre s'établit à 2,7 milliards d'euros, en hausse de 4,2 % par rapport au premier semestre 2018.

■ La dépense moyenne des organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C est inférieure au montant du forfait

Sur 226 OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la CMU-C en 2018, 202 organismes ont déclaré concomitamment des effectifs ainsi qu'un montant de dépenses engagées².

La dépense moyenne de CMU-C par tête pour l'ensemble de ces OC déclarants est de 394 € :

- 127 OC ont enregistré une dépense moyenne inférieure au forfait de 408 €, avec un montant moyen unitaire de 377 €. Ils concentrent les trois quarts des effectifs et de la dépense pour la part CMU-C gérée par des organismes complémentaires ;

- 75 OC déclarent une dépense moyenne supérieure au forfait, avec un montant moyen unitaire de 446 €. Le reste à charge total pour ces OC est évalué à 5 millions d'euros. La perte s'échelonne entre 6 €, pour un OC qui ne gère que cinq bénéficiaires de la CMU-C, et 690 000 €, pour un OC gérant 42 900 bénéficiaires.

À compter du 4^e trimestre 2019 et dans le contexte de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019, les dépenses engagées par les régimes et les OC seront intégralement remboursées par le Fonds CMU-C. Ainsi, les organismes gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire n'auront plus à supporter de risque financier lié à la gestion de la prestation, quel que soit le niveau de consommation des bénéficiaires.

1 A la suite d'un changement de méthode de comptabilisation validé par le Fonds CMU-C dans le cadre de ses vérifications, l'un des organismes redevables a reporté la déclaration d'une partie de son assiette du 4^e trimestre 2018 au 1^{er} trimestre 2019 (à hauteur de 62 M€).

2 Tableaux récapitulatifs annuels 2018 renseignés par les organismes complémentaires auprès de l'URSSAF.

L'assiette de la TSA sur le premier semestre 2019

Montants en millions d'euros

	Contrats classiques resp.	Contrats classiques non resp.	Contrats 1 ^{er} art. C998CGI	Contrats agriculteurs resp.	Contrats agriculteurs non resp.	Contrats au 1 ^{er} euro	Contrats IJ resp.	Contrats IJ non resp.	Totale assiette TSA
Total Assiette S1 2019	17 968	711	120	720	9	81	214	345	20 169
Répartition S1 2019	89,1 %	3,5 %	0,6 %	3,6 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %	1,7 %	100,0 %
Évol. (montants)	759	11	-3	-6	-1	-2	-16	51	792
Évol. (%)	4,4 %	1,5 %	-2,3 %	-0,8 %	-12,9 %	-2,7 %	-6,9 %	17,5 %	4,1 %

Champ : tous redevables de la TSA ayant déclaré une assiette sur le premier semestre 2019
Source : télédéclarations des OC - Situation arrêtée au 17 09 2019

Études et Rapports

■ Le rapport annuel 2018 de la DREES sur la situation financière des OC

Élaboré notamment à partir des données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le Fonds CMU-C, le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC constitue une référence incontournable de la couverture complémentaire santé dont il examine tous les aspects.

Le rapport 2018 présente les résultats pour 2017.

La santé est l'activité principale des mutuelles et des institutions de prévoyance mais une activité plus mineure pour les sociétés d'assurance

La santé représente 85 % des primes collectées par l'ensemble des mutuelles, lesquelles sont donc spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (en moyenne 50 % des primes collectées). Elle est très minoritaire au sein des sociétés d'assurance où elle ne représente que 5 % de l'activité.

Les mutuelles sont plutôt positionnées sur l'individuel, les institutions de prévoyance sur le collectif

Les contrats individuels représentent 53 % des primes collectées par les OC contre 56 % en 2015. Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels qui représentent 70 % des primes collectées. C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles le collectif représente 87 % des primes. Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 49 % des primes. Depuis la mise en place de l'ANI, c'est au sein des sociétés d'assurance que la part du collectif a le plus augmenté.

Un résultat technique santé tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liés à l'activité santé pour une année donnée. Sur les dernières années, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels.

Quel que soit le type d'OC, les contrats collectifs ont un retour sur primes plus important, ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs.

Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2017 : + 482 M€ correspondant à 1,3 % des primes collectées (contre 0,3 % en 2016 et 2015 et 0,8 % en 2014).

Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

La solidité financière d'un OC sur une année donnée peut s'apprécier à partir de son "résultat net" total, calculé sur l'ensemble de son activité (santé et autres). Ce résultat s'élève à 4,4 % du total des cotisations collectées pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (contre 4,0 % en 2016), à 1,6 % pour les mutuelles (0,7 % en 2016) et à -1,4 % pour les IP (0 % en 2016 et 2015).

Le rapport précise que les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance Vie et dans une moindre mesure Non vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année.

■ La DREES publie les résultats des comptes de la santé 2018

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié les résultats des comptes de la santé pour l'année 2018¹. Le rapport détaille la consommation de soins de santé et de biens médicaux (CSBM) en France ainsi que les financements correspondant - qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, du Fonds CMU-C, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Une augmentation portée par les soins de ville

En 2018, la CSBM a ralenti, avec une progression de 1,5 % pour atteindre 203,5 milliards d'euros. Ce ralentissement s'explique principalement par la nette décélération des soins hospitaliers qui représentent 46,4 % de la CSBM.

Avec une augmentation de 2,9 %, le premier facteur de croissance des dépenses de santé en 2018 est celui de la consommation des soins de ville (27 % de la CSBM) avec notamment un recours aux services de médecins en cabinets libéraux ou d'auxiliaires médicaux en hausse de 2,9 %.

En ce qui concerne les biens médicaux, la généralisation des contrats collectifs d'entreprise depuis 2016 s'accompagne d'une meilleure prise en charge de l'optique et des soins prothétiques dentaires par les organismes complémentaires. Avec des assurés plus solvables, la demande serait stimulée entraînant selon la DREES une hausse des volumes et des prix.

Le reste à charge des ménages continue à baisser

La France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018 après 7,5 % en 2017 - soit un montant moyen de 210 euros par habitant. Depuis dix ans, ce reste à charge diminue du fait de facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) ou encore la modification de la structure de soins des patients en ALD. Par ailleurs, la prise en charge de traitements médicamenteux innovants et onéreux a augmenté les financements apportés par la Sécurité sociale dont la part de la CSBM atteint désormais 78,1 %. Outre l'augmentation de la part financée par la Sécurité sociale, l'intervention des organismes complémentaires (OC) s'inscrit également à la hausse (13,4 % après 13,1 % en 2017) à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise qui s'est globalement accompagnée de contrats plus couvrants en optique et dentaire.

La participation des ménages varie selon les postes de dépenses et selon le profil des patients. Les deux postes pour lesquels la part restant à la charge des ménages est en moyenne la plus élevée restent l'optique - avec un RAC de 21,1 % - et les médicaments (RAC de 12,6 %).

Les soins hospitaliers demeurent le poste où le RAC des ménages est le plus faible en proportion de la dépense : 1,9 % en 2018.

Via le financement des dépenses complémentaires de santé des bénéficiaires de la CMU-C, le Fonds CMU-C finance également la dépense de santé nationale pour une part de 1,5 % en 2018.

¹ DREES, Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2019

Textes à la une

■ Mise en place de la Complémentaire santé solidaire

La CNAM a publié la circulaire CIR-30/2019 le 21 août 2019 portant sur l'examen de la demande de la Complémentaire santé solidaire, la phase transitoire pour les bénéficiaires de l'ACS, le renouvellement de la Complémentaire santé solidaire ainsi que sur la fermeture des droits.

Deux autres textes importants ont été publiés.

Le formulaire Cerfa de demande de la Complémentaire santé solidaire a été homologué. Il est en ligne sur Ameli et sur le site du Fonds CMU-C. Il n'est utilisable qu'à partir du 1^{er} novembre 2019. L'ancien formulaire doit être utilisé jusqu'à cette date.

La liste des 133 organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire a été publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 19/09 en date du 15 octobre 2019. Elle est disponible sur le site du fonds.

■ Panier de soins de la Complémentaire santé solidaire

L'arrêté relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale, publié au mois d'octobre 2019, fixe le panier de soins optiques applicable au 1^{er} janvier 2020 pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire. Il modifie en outre les montants maximums pris en charge en sus du tarif de responsabilité pour quatre prothèses dentaires, à la suite de la hausse de leur tarif de responsabilité au 1^{er} janvier 2020.

Cet arrêté précise aussi que, dans les ressources prises en compte pour la détermination du droit à la Complémentaire santé solidaire, les revenus du patrimoine et les produits de placement sont retenus pour le montant imposable après application d'un abattement de 17,2 %.

Enfin, le texte impose aux organismes complémentaires de communiquer à l'assurance maladie obligatoire les informations sur l'adhésion, la souscription ou le renouvellement du contrat de Complémentaire santé solidaire avec participation financière dans un délai de 48 heures, en mentionnant les dates de début et de fin du contrat.

Pour plus d'informations : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

Références - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
 Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -
 Courriel : accueil@fonds-cmu.gouv.fr - Site : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr - Directrice de la publication : Marianne Cornu-Pauchet -
 Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 - Dépôt légal : Octobre 2019