

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°56

La concertation sur le projet de décret relatif au nouveau dispositif de sélection de contrats destinés aux bénéficiaires de l'ACS a été lancée. Quelle que soit la légitimité des débats ouverts (nombres d'organismes retenus, nombre de gamme de contrats, question de la co-assurance, niveaux de couverture demandés, mesures pour gérer la transition...), ils ne doivent pas nous faire oublier l'objectif initial de cette réforme : améliorer la qualité et le prix de la couverture des bénéficiaires de l'ACS ainsi que la lisibilité globale du dispositif.

Je vous conseille vivement, dans cette perspective, la lecture du rapport annuel "prix-contenu" du Fonds, qui confirme le constat, déjà dressé depuis plusieurs années, de la mauvaise qualité des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'aide. Je ne citerai que le chiffre de 48 % des bénéficiaires qui choisissent un contrat de classe E, le moins bien classé dans la classification de la Drees, alors que seulement 16 % des autres souscripteurs de contrats individuels sont dans cette situation.

Certes, l'importance du non-recours à l'ACS est, on le sait, due en partie à la difficulté d'assurer une information efficace vers les publics concernés. Mais tant que les contrats proposés seront majoritairement de mauvaise qualité, il est illusoire de penser diminuer ce taux de non-recours. Convaincre des personnes à très faibles ressources d'investir un demi-mois de revenus dans des contrats de complémentaire santé qui ne les protégeront que très peu des restes à charge sur leurs prestations relève de la gageure. C'est pourquoi, même s'il reste un certain nombre de sujets techniques à régler, la mise en œuvre du dispositif de sélection des contrats doit intervenir au plus tôt.

Cet éditio me permet aussi de souligner le travail réalisé avec l'UNCCAS, à travers l'étude menée sur le rôle des CCAS dans l'accès aux soins et le colloque du 11 juin qui a permis de mettre en valeur de nombreuses initiatives sur le sujet et d'engager des débats. Grâce notamment à leur fonction de "porte d'entrée" vers l'ensemble des dispositifs d'aide, les CCAS ont un rôle stratégique et transversal à jouer dans l'accès aux soins. Si historiquement ils abordaient peu le champ de la santé, les choses changent et on ne peut que se féliciter du constat réalisé à travers cette étude : aujourd'hui, les CCAS interviennent de manière très majoritaire dans l'accès aux soins.

Si leurs aides financières complémentaires, qui permettent de régler des situations personnelles spécifiques, sont parfois très utiles, c'est dans l'accompagnement vers les dispositifs que le rôle des CCAS est primordial. La convention signée en 2013 entre l'UNCCAS et la CNAMTS a marqué une étape importante. Le Fonds CMU sera aux côtés de ces partenaires et des CCAS pour appuyer toutes les initiatives sur ce champ.

Vincent Beaugrand  
Directeur du Fonds CMU

## Le projet de décret relatif à la procédure de mise en concurrence des contrats ACS

L'article 56 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner les contrats de complémentaire santé réservés aux bénéficiaires de l'ACS et offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable.

Le projet de décret de mise en œuvre de cette disposition a été soumis à une consultation publique du 11 au 20 juin 2014.

### Les principaux éléments du projet de décret

Les organismes complémentaires susceptibles de présenter une candidature sont les mutuelles ou unions de mutuelles, les sociétés d'assurance ou les institutions de prévoyance disposant d'un agrément en branche 2 (Maladie). Le projet précise que la candidature de plusieurs organismes est possible dans le respect des règles d'éligibilité, de la concurrence et la réglementation propre aux organismes d'assurance.

Le nombre d'offres retenues ne peut être inférieur à trois.

Une offre comporte trois niveaux de garantie.

Elles sont évaluées selon deux critères, un critère lié au prix et un critère lié à la qualité de service. Le projet de décret détaille les niveaux minima que les trois contrats composant l'offre doivent garantir s'agissant du ticket modérateur, du forfait journalier, des frais d'optique, des frais dentaires, prothétiques et orthodontiques et des frais d'audioprothèse.

Une commission chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure dont la composition sera fixée par arrêté doit être mise en place.

Enfin, le projet de décret instaure la possibilité pour le bénéficiaire, en cas de fin de contrat au cours de la période d'aide, de transférer le reliquat de son aide auprès d'un organisme complémentaire sélectionné.

### Les débats du PLFSSR pour 2014

À l'heure où nous écrivons, deux dispositions ont été portées par amendement parlementaire en commission des affaires sociales. La première disposition vise à rendre les contrats de complémentaire santé collectifs à adhésion facultative, pour lesquels l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, éligibles à l'ACS. La seconde vise à reporter la mise en œuvre du nouveau dispositif (initialement prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2015).

## Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2013

En application de l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU "rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS)".

Pour l'enquête 2013, 44 OC ont répondu. L'enquête couvre ainsi 63 % des bénéficiaires présents au 30 novembre 2013.

Depuis l'enquête 2012, le Fonds CMU adopte la classification en 5 classes (de A à E en allant du contrat offrant la meilleure couverture au contrat proposant la moins bonne couverture), utilisées par la Drees pour son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits.

Le prix moyen du contrat ACS s'établit à 904 € correspondant à la couverture de 1,6 personne (561 € par personne). En moyenne, l'ACS prend en charge un peu plus de 50 % du prix du contrat.

Grâce à l'aide, le taux d'effort des bénéficiaires pour acquérir leur couverture de complémentaire santé baisse sensiblement pour atteindre celui constaté au niveau des cadres et des professions intellectuelles : 4 % pour les bénéficiaires de l'ACS dans l'enquête.

## L'impact du nombre de personnes protégées et de l'âge sur le prix des contrats ACS

Les deux facteurs qui influencent le prix du contrat sont le nombre de personnes couvertes et l'âge.

Le taux d'effort diminue avec la taille du foyer ce qui démontre que l'ACS favorise objectivement les familles avec enfants.

S'agissant du facteur "âge", le prix du contrat augmente en moyenne autour de 20 % par tranche de 10 années. Les plus âgés, à partir de 70 ans et au-delà connaissent la situation la plus défavorable en termes de taux d'effort compte tenu du niveau élevé de leurs primes. Leur situation devrait s'améliorer du fait du relèvement du montant annuel de l'aide ACS qui leur est attribué, et qui est fixé à 550 € depuis au 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour les personnes âgées de 60 ans et plus (500 € auparavant).

## Le niveau de garantie des contrats ACS et le reste à charge (RAC) sur prestations

Les contrats ACS offrent globalement des niveaux de garantie moins élevés que les contrats individuels en général. La différence porte essentiellement sur les contrats de classe E qui regroupent respectivement 47,6 % des bénéficiaires de l'ACS, contre 15,6 % au niveau de l'ensemble des contrats individuels.

Le RAC sur prestations est moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels sur les consultations de spécialistes, et dans une moindre mesure sur l'optique. Cela n'est cependant pas vérifié sur les prothèses dentaires.

La mesure d'opposabilité des tarifs prévue par l'avenant n°8 à la convention médicale et la procédure en cours de mise en concurrence des contrats ACS permettront d'améliorer la situation des bénéficiaires de l'ACS sur ces deux champs (niveau de garanties et reste à charge sur prestations).

Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/rapports\\_prix\\_contenu.php](http://www.cmu.fr/rapports_prix_contenu.php).

## La CMU en chiffres

### ■ Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Au 31 mars 2014, on dénombre 4,97 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus.

#### Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 mars 2014 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 930 584	552 804	4 483 388	624 103
Régime social des indépendants	286 112	11 370	297 482	51 849
Régime agricole	102 071	10 659	112 730	21 842
Autres régimes et SLM	63 139	11 588	74 727	25 852
<b>Total Mars 2014</b>	<b>4 381 906</b>	<b>586 421</b>	<b>4 968 327</b>	<b>723 646</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes.

L'évolution des effectifs de la CMU-C atteint 8,6 % en un an, dont 9,4 % en métropole et 2,8 % dans les Dom. Cette progression intègre la mise en application de la mesure de relèvement du plafond CMU-C de 8,3 % au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

En ACM<sup>1</sup>, l'évolution est de 6,2 % pour l'ensemble du territoire, dont 6,8 % pour la métropole et 1,9 % pour les Dom.

1) ACM : Année complète mobile.

#### Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 mars 2013 au 31 mars 2014 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+ 9,4 %	+ 3,0 %	+ 8,6 %	+ 6,2 %
Régime social des indépendants	+ 9,7 %	- 7,5 %	+ 8,9 %	- 1,3 %
Régime agricole	+ 8,8 %	- 2,4 %	+ 7,7 %	+ 12,2 %
Autres régimes et SLM	+ 10,5 %	+ 13,4 %	+ 10,9 %	+ 4,3 %
<b>Total</b>	<b>+ 9,4 %</b>	<b>+ 2,8 %</b>	<b>+ 8,6 %</b>	<b>+ 5,7 %</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes.

Le suivi de la mesure de relèvement du plafond est effectué avec onze caisses du régime général<sup>2</sup> en 2014 ainsi qu'avec le RSI et la CCMSA. À partir des éléments transmis, il a été évalué que plus de 50 000 attributions de la CMU-C seraient directement liées à la mesure au premier trimestre 2014, pour l'ensemble du territoire et des régimes.

2) Marseille, Finistère, Lille-Douai, Hainaut, Rhône, Paris, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, Martinique, Réunion.

### ■ La dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire au régime général

Au 31 mars 2014, La dépense globale cumulée sur 12 mois pour l'ensemble du territoire est de 1 638 M€, elle progresse de 5,3 % du

fait de l'augmentation des effectifs, mais la dépense unitaire baisse de 1,6 % sur un an, avec un montant de 436 €. Cette tendance à la baisse de la dépense unitaire est portée par l'hôpital, avec une régression de 5,6 %. Pour l'hôpital, le poste des forfaits journaliers hospitaliers d'hébergement (- 8,3 % pour 7,3 % de la dépense totale) diminue le plus, mais ce sont les honoraires du secteur public (- 4,5 %, pour 19,8 % de la dépense totale) qui contribuent le plus fortement à la baisse du coût moyen.

Pour la ville, les deux principaux postes responsables de la régression sont les médicaments (- 5,1 % pour 19,7 % de la dépense totale) et les consultations des généralistes (- 3,3 % pour 11,1 % de la dépense totale). Les forfaits pour prothèses dentaires (11,8 % de la dépense totale), progressent pour leur part de 4,9 %.

#### Les dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 mars 2014 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 195 050 325 €	+ 6,9 %	318 €	+ 0,0 %
Hôpital	443 265 455 €	+ 1,0 %	118 €	- 5,6 %
<b>Total</b>	<b>1 638 315 780 €</b>	<b>+ 5,3 %</b>	<b>436 €</b>	<b>- 1,6 %</b>

\* ACM : année complète mobile.

\*\* Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (3 756 631 bénéficiaires).

### ■ Les bénéficiaires de la CMU de base

Avec 2,36 millions des bénéficiaires à fin mars 2014, les effectifs de la CMU de base ont progressé de 8,3 % en un an pour l'ensemble du territoire.

Cette progression en M - 12 répond à une baisse forte mais ponctuelle du mois de mars 2013, elle est à relativiser par un suivi de l'évolution en ACM, qui est en ce cas de 1,5 % pour l'ensemble du territoire dont 1,9 % en métropole et de - 0,8 % dans les Dom, dont les effectifs avaient connu une progression plus rapide que celle de la métropole en 2012 (cet exercice restant pour les ¾ en référence dans le calcul de l'évolution en ACM).

#### Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 mars 2014 \*

	Métropole	DOM	Total
<b>Régime général</b>	<b>2 003 551</b>	<b>356 166</b>	<b>2 359 717</b>
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 mars 2013 au 31 mars 2014 *	+ 8,7 %	+ 5,9 %	+ 8,3 %

\* Données provisoires - Source : CNAMTS.

## L'ACS en chiffres

À fin mars 2014, sur 12 mois glissants, 1,17 million de personnes se sont vu délivrer une attestation de droits à l'ACS. Ce chiffre est en hausse de 3,3 % sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2014 en référence au 1<sup>er</sup> trimestre 2013. L'évolution est de + 3,0 % pour la CNAMTS, de + 13,2 % pour la CCMSA et de - 0,1 % pour le RSI.

L'évolution est donc modérée au regard de l'impact attendu du relèvement du plafond des ressources intervenu au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC s'établit à 0,9 million à fin février 2014 (+ 16,2 % en référence à fin février 2013, + 1,9 % par rapport à fin novembre 2013).

Le taux d'utilisation demeure proche des 80 %. Le montant annuel moyen de la déduction après avoir été stable début 2013 à hauteur de 277 €, augmente depuis le dernier trimestre 2013 pour atteindre 288 euros en février 2014.

### Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2013 et début 2014

	Nbre mensuel de bénéfés	Évol en une année (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
Janv 2013	98 007	10,2 %	1 014 209	-	-
Fév 2013	90 040	4,4 %	1 017 968	776 374	278 €
Mars 2013	97 800	11,0 %	1 027 693	-	-
Avril 2013	94 722	27,6 %	1 048 171	-	-
Mai 2013	92 014	15,4 %	1 060 464	826 257	277 €
Juin 2013	93 872	4,5 %	1 064 499	-	-
Juillet 2013	104 056	35,3 %	1 091 674	-	-
Août 2013	80 089	2,7 %	1 093 804	873 677	277 €
Sept 2013	90 096	16,6 %	1 106 611	-	-
Oct 2013	105 310	15,2 %	1 120 519	-	-
Nov 2013	106 366	16,6 %	1 135 679	885 312	282 €
Déc 2013	104 806	25,8 %	1 157 178	-	-
Janv 2014	101 692	3,8 %	1 160 863	-	-
Fév 2014	97 079	7,8 %	1 167 902	902 391	288 €
Mars 2014	96 617	- 1,2 %	1 166 719	-	-

Source : CNAMTS ; CCMSA, RSI, Fonds CMU.

## L'ACS en analyse

### ■ Les causes du non-renouvellement de l'ACS

Cette étude a été réalisée, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale, par un groupe d'étudiants de la 52<sup>e</sup> promotion de l'EN3S et la CPAM du Gard.

L'objectif poursuivi était d'analyser les motifs de non renouvellement de l'ACS et proposer des actions visant à réduire ce phénomène. La population étudiée a été constituée des foyers ayant reçu une attestation délivrée par la CPAM du Gard entre 2008 et 2011.

Les résultats font apparaître que :

- 45 % des motifs de non renouvellement sont liés à une absence d'information ou une mauvaise compréhension de celle-ci par les assurés ;
- 53 % de la population qui n'a pas renouvelé estime avoir eu des difficultés à entamer les démarches contre 20 % pour la population qui a renouvelé ;
- 37 % de la population qui n'a pas renouvelé considère que le dossier est difficile à remplir contre 25 % pour la population qui a renouvelé ;
- Le choix d'une complémentaire santé apparaît compliqué pour la population qui n'a pas renouvelé (46 %) ;
- 36,9 % des personnes ayant renouvelé ne sont pas satisfaites de la couverture de leur mutuelle ;
- 35 % des personnes interrogées pensent que le contrat n'est pas adapté à leurs besoins.

Parmi les principales propositions faites par les étudiants, on note celles visant à :

- développer l'information par les CPAM pour les assurés en situation de renouvellement ;
- simplifier les démarches de renouvellement (19 % de la population pensait que le renouvellement était automatique) ;
- faire évoluer le format actuel de l'attestation (attribution d'une carte plutôt qu'un papier libre) pour permettre la mise en œuvre du tiers-payant ACS.

● Cette étude est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php).

## Fréquence OC

### ■ Une assiette de la TSA en hausse de 3,6 % sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2014

Sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2014, la hausse de l'assiette de la TSA déclarée par les OC auprès du Fonds CMU s'établit à 3,6 % en référence au 1<sup>er</sup> trimestre 2013 (chiffres bruts). Cette évolution est un peu supérieure aux prévisions initiales (+ 3 % sur l'ensemble de l'année 2014).

	T1 2013	T2 2013	T3 2013	T4 2013	Total 2013	T1 2014	Évol T1 14 / T1 13
Mutuelles	4 769 525	4 389 943	4 309 607	4 376 528	17 845 604	4 935 365	3,5 %
IP	1 428 630	1 398 041	1 420 640	1 558 818	5 806 129	1 512 090	5,8 %
Assurances	3 360 750	1 819 457	1 955 448	2 105 806	9 241 461	3 453 969	2,8 %
	<b>9 558 905</b>	<b>7 607 441</b>	<b>7 685 695</b>	<b>8 041 152</b>	<b>32 893 194</b>	<b>9 901 423</b>	<b>3,6 %</b>
Évol T/TN-1	3,2 %	3,2 %	0,8 %	2,0 %			

Source : déclarations des OC auprès du Fonds CMU.

## Ils se sont réunis

### ■ Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 19 juin 2014, sous la présidence de Gérard Bapt, député de Haute-Garonne. Au cours de cette séance, le conseil de surveillance a examiné le rapport d'activité 2013 sur lequel il a émis un avis favorable. Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif à l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2013 et des principaux résultats de l'enquête menée à la demande du Fonds CMU et en collaboration avec l'UNCCAS relative à l'action des CCAS/CIAS dans l'accès aux soins et à la santé. La direction de la sécurité sociale a également présenté un point sur l'état d'avancement de la procédure de mise en concurrence des contrats ACS.

## Études et Rapports

### ■ L'accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS

Le Fonds CMU et l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale) se sont associés dans l'élaboration d'une enquête menée auprès des CCAS afin d'obtenir des éléments concernant les aides relatives aux besoins de santé octroyées par ces institutions, ainsi que leurs actions en matière d'accès aux soins.

Les résultats laissent apparaître que 59 % des CCAS engagés dans le domaine de l'accès à la santé déclarent attribuer des aides financières. Parmi eux, 73 % des CCAS attribuent des aides liées à l'achat de petits appareils (prothèses auditives, orthodontie, lunettes), 70 % octroient des aides visant au financement d'une complémentaire santé (pour des personnes ne bénéficiant pas de l'ACS).

● *L'étude est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php).*

### ■ Le rapport d'activité 2013

Le rapport d'activité 2013 du Fonds CMU a été adopté par son conseil d'administration le 2 avril dernier et a reçu l'avis favorable de son conseil de surveillance durant la séance du 19 juin. Il a été transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

L'année 2013 a été marquée par le relèvement du plafond d'attribution de la CMU-C de 8,3 % (7 % au titre de l'application du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et 1,3 % au titre de l'inflation) entraînant mécaniquement le relèvement du plafond d'attribution de l'ACS.

Le Fonds CMU s'est beaucoup investi pour suivre la montée en charge de cette mesure, en collaboration avec plusieurs caisses d'assurance maladie et présente dans le rapport d'activité les premiers résultats obtenus.

La réforme des modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C, prévu par l'article 22 de la LFSS pour 2013 et l'élaboration du VI<sup>e</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU ont fortement mobilisé le Fonds CMU.

Enfin, de nombreuses études ont été menées en collaboration avec des caisses d'assurance maladie, l'EN3S, l'UNCCAS, des CCAS, des chercheurs et de nouveaux partenariats ont été initiés notamment avec le Défenseur des droits.

● *Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/rapports-activite.fr](http://www.cmu.fr/rapports-activite.fr).*

### ■ La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les OC agréés

Le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits n'a cessé d'augmenter de janvier 2008 à mars 2012. Une "Recherche-Action", réalisée par les étudiants de la 52<sup>e</sup> promotion de l'EN3S, cherche à en déterminer les raisons en s'appuyant à la fois sur une recherche littéraire et sur une étude de terrain.

Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion :

- le rôle et l'influence des organismes : la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque option peut influencer le choix des bénéficiaires, or il a été mis en exergue que les efforts de communication des CPAM sont inégaux ;
- le profil socio-économique des bénéficiaires : les bénéficiaires optant pour la gestion par une CPAM ont un profil plus précaire que les optant-OC.

Les préconisations issues de cette enquête concernent à la fois l'ergonomie et la mise à jour de la liste.

● *L'étude est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php).*

## Textes à la une

### ■ Les dispositions concernant la CMU de base

Deux décrets du 22 mai 2014, relatifs à la cotisation maladie due par les bénéficiaires de la CMU de base, ont été publiés au Journal officiel du 23 mai 2014. Le décret n° 2014-517 porte sur le taux et les modalités de calcul de la cotisation due et le second décret n° 2014-516 sur les modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation prévoit diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France.

Notamment, l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2014-517 fixe désormais la période de calcul de la cotisation annuelle sur l'année civile et non plus du 1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre de l'année suivante.

L'article 2 fixe le plafond d'exonération de cotisation à 9 601 € à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2014.

### ■ Le panier de soins CMU-C

Trois arrêtés parus au Journal Officiel au mois de mai modifient les modalités de prises en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils permettent l'accès à un équipement auditif complet et de qualité grâce à une prise en charge qui passe du simple au double : de 643 € à 1 400 €, la prise en charge, en sus des tarifs de responsabilité, de l'aminçissement des verres pour les plus fortes corrections et la prise en charge des bridges de trois dents.

● *Arrêtés des 21 et 28 mai 2014.*

*En raison d'un retard dans la réception de certaines données, le bilan annuel des dispositifs habituellement disponible dans le numéro du mois de juillet, vous sera présenté dans le numéro d'octobre.*

### ■ Le bénéfice à titre personnel de CMU-C pour les étudiants isolés

En application de l'article 56 de la LFSS pour 2014, l'arrêté du 16 mai 2014 détermine la prestation permettant aux étudiants de bénéficier à titre personnel de la CMU-C. Il s'agit de l'aide annuelle d'urgence du Fonds national d'aide d'urgence versée par les CROUS. Ainsi, l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale ouvre la possibilité aux étudiants de moins de 25 ans, attributaires de cette aide, de bénéficier de la CMU-C indépendamment du foyer auquel ils sont rattachés.

### ■ Le plafond d'attribution de la CMU-C et de l'ACS au 1<sup>er</sup> juillet 2014

Le plafond annuel d'attribution de la CMU-C devrait être fixé à 8 644,52 € pour une personne seule en métropole. Cette revalorisation porterait le plafond d'attribution de l'ACS à 11 670,10 €.

Dans les Dom les plafonds d'attribution seraient de 9 621,35 € pour la CMU-C et 12 988,82 € pour l'ACS.

● *Décret en attente de publication au moment de la rédaction.*

Pour plus d'informations : [www.cmu.fr](http://www.cmu.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](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr) - Site : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Directeur de la publication : Vincent Beaugrand -

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Juillet 2014