

L'AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE

Si les ressources dépassent le plafond fixé pour la CMUC, l'assuré a peut-être droit à l'aide complémentaire santé

C'est une aide destinée à l'aider à payer ses cotisations de complémentaire santé.

3 Conditions :

- Etre assuré social
- Résider en Meurthe et Moselle ou être rattaché à un organisme de sécurité sociale dans le département. Si l'assuré est étranger, ressortissant d'un pays hors Union Européenne, il doit être en possession d'un titre de séjour (ou autre document accepté) d'une durée au moins égale à 3 mois
Dans tous les cas, il est aussi demandé un justificatif de résidence d'au moins 3 mois (ex : facture EDF, attestation d'hébergement à titre gratuit...)
- Ne pas dépasser un plafond de ressources.
Les ressources prises en considération sont les ressources imposables et non imposables de tous les membres de la famille, pour les 12 mois précédents la demande, y compris les prestations de la CAF, les pensions alimentaires, prestations compensatoires, revenus fonciers, ressources perçues à l'étranger...

Comment faire ?

L'assuré contacte la CPAM et dépose une demande. Si celle-ci est accordée, il recevra une attestation accompagnée d'un « chèque santé », à remettre dans les 6 mois à l'organisme complémentaire choisi. Celui-ci diminuera d'autant ses cotisations du montant du chèque santé.

Un renouvellement au bout d'un an est possible, mais il faut en faire la demande.

Autres avantages :

- Tiers-payant possible chez les professionnels de santé, pour la part prise en charge par l'Assurance maladie sur présentation de l'attestation de droit ACS qui le mentionne.
- Pas de dépassement d'honoraire chez les médecins qui les pratiquent (idem CMU)
- Tarifs sociaux à l'énergie : la CPAM fait un signalement aux fournisseurs d'énergie pour que vous puissiez bénéficier de ces tarifs minorés.
- Si par la suite, l'assuré ne peut plus bénéficier du chèque-santé, son organisme complémentaire lui proposera des tarifs préférentiels pour sa couverture complémentaire et il pourra encore bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels de santé pendant 18 mois (part prise en charge par l'Assurance maladie)