

Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Si vous avez des ressources modestes, vous pouvez bénéficier d'une aide au financement de votre complémentaire santé.

Avec l'ACS, vous bénéficiez également de tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires et de la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie.

Objectif et avantages de l'aide pour une complémentaire santé (ACS)

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. L'ACS ouvre droit à une déduction sur votre cotisation auprès de votre organisme de protection complémentaire.

Les conditions pour en bénéficier

Il existe trois conditions pour bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) : être en situation régulière, résider en France de façon stable depuis plus de trois mois, et percevoir des ressources comprises entre le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire et 35 % au-delà, selon la composition de votre foyer.

Plafond de ressources au 1^{er} juillet 2014

| Nombre de personnes composant le foyer | Plafond annuel |
|---|----------------|
| 1 personne | 11.670 Euros |
| 2 personnes | 17.505 Euros |
| 3 personnes | 21.006 Euros |
| 4 personnes | 24.507 Euros |
| Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire | + 4.668 Euros |

Votre dossier de demande

1. Le formulaire de demande

Pour faire votre demande d'aide pour une complémentaire santé (ACS), vous devez remplir :

- soit le formulaire de demande d'ACS (formulaire S 3715) ;
- soit le formulaire de demande de CMU complémentaire et d'ACS (formulaire S 3711 et formulaire de choix de l'organisme complémentaire S 3712 et, éventuellement, S 3713).

2. Les pièces justificatives

Votre dossier de demande doit comprendre la photocopie lisible des pièces justificatives suivantes :

- **un justificatif d'identité en cours de validité** : votre pièce d'identité, passeport ;
- **un justificatif de résidence stable en France** : trois dernières quittances de loyer, ou votre bail de plus de trois mois, vos deux plus récentes factures d'électricité ou de téléphone, un certificat d'hébergement.
- **si vous avez des personnes à charge** : votre livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit, etc.
- **si vous êtes déjà ou avez été inscrit à la sécurité sociale** : le numéro d'immatriculation figurant sur votre carte Vitale qu'il vous suffira de présenter à votre caisse d'Assurance Maladie ;
- **si vous êtes de nationalité étrangère, hors Union européenne - Espace économique européen (UE/EEE) et Suisse** : un justificatif de séjour régulier en France, votre titre de séjour ou, à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture...);
- **les justificatifs de vos revenus** : avis d'imposition ou de non imposition, bulletins de paie, attestations Pôle emploi, revenus perçus à l'étranger ou versés par une organisation internationale, même s'ils ne sont pas imposables en France, etc.

Votre dossier de demande dûment rempli et complété (avec la photocopie lisible des pièces justificatives et votre déclaration de ressources) est à déposer ou à envoyer à votre caisse d'Assurance Maladie.

3. Vous avez besoin d'aide pour compléter votre dossier ?

Adressez-vous à votre caisse d'Assurance Maladie ou à l'un des organismes habilités à vous aider : le CCAS de votre ville, une association agréée ou un établissement de santé. Ces organismes pourront également, avec votre accord, transmettre votre dossier à votre caisse d'Assurance Maladie.

Le service social de l'Assurance Maladie est aussi à votre écoute : il peut vous informer et vous accompagner dans vos démarches pour l'accès à vos droits et à vos soins.

4. Attribution de l'ACS

Votre caisse d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 2 mois, à compter de la date de réception de votre dossier, pour étudier votre demande d'ACS et vous informer par courrier de sa décision.

En cas d'attribution de l'ACS, elle vous adresse :

- **Une attestation-chèque** à faire valoir auprès de l'organisme de protection complémentaire de votre choix pour réduire le montant de votre cotisation annuelle.
Vous disposez d'un délai de 6 mois maximum pour utiliser votre attestation-chèque, à compter de sa date d'émission.
Chaque membre de votre foyer âgé de plus de 16 ans bénéficiaire de l'aide reçoit une attestation-chèque à son nom.
- **Une attestation de tiers-payant social** à présenter aux médecins pour bénéficier de tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires et de la dispense d'avance des frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Elle est valable 18 mois à compter de la date d'émission de l'attestation-chèque.

Toute absence de réponse de votre caisse d'Assurance Maladie dans ce délai de 2 mois signifie que votre demande d'ACS est refusée.

En cas de refus, des voies de recours sont prévues.

Pour plus de renseignements, contactez votre caisse d'Assurance Maladie.

Quand demander le renouvellement de l'ACS ?

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est accordée pour un an et son renouvellement n'est pas automatique.

Deux mois avant l'échéance de votre contrat de complémentaire santé, adressez à votre caisse d'Assurance Maladie une nouvelle demande d'ACS, accompagnée des justificatifs demandés et d'un document rempli par votre organisme de protection complémentaire précisant la date de fin de votre contrat de complémentaire santé.

En cas de décision favorable, votre caisse d'Assurance Maladie vous adressera une nouvelle attestation-chèque ainsi qu'une nouvelle attestation de tiers-payant social.