

Déclaration de naissance

Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS)

Mis à jour le 01 juin 2017 par « direction de l'information légale et administrative »

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. L'ACS ouvre droit à d'autres avantages (tiers-payant par exemple). Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaire et justificatifs). Elle n'est pas applicable à Mayotte. Une fois attribuée, l'ACS est accordée pour un an.

De quoi s'agit-il ?

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle) (particuliers).

Elle n'est pas applicable à Mayotte.

L'ACS est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

En plus de l'aide financière, l'ACS ouvre droit aux avantages suivants :

- Tarifs médicaux sans dépassements d'honoraires dans le cadre du parcours de soins
- Exonération de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales
- Tiers-payant
- Réductions sur vos factures de gaz (particuliers) et d'électricité (particuliers)

En pratique, vous recevez une attestation de tiers-payant. Lorsque vous consultez un professionnel de santé, vous devez lui présenter l'attestation ainsi que votre carte Vitale.

Conditions à remplir

Condition de ressources

Vous devez percevoir des ressources ne dépassant pas certains plafonds. Un simulateur vous permet de savoir si vous pouvez bénéficier de l'ACS.

Module de calcul : [Estimez vos droits à une aide pour une complémentaire santé \(particuliers\)](#)

Les ressources prises en compte (particuliers) sont celles perçues au cours des 12 mois précédant la demande. Concernant les revenus procurés par les capitaux et soumis à l'impôt sur le revenu, seuls ceux procurés au cours de l'avant-dernière année civile précédant la demande seront pris en compte (ainsi, pour une demande en 2017, seront pris en compte les revenus procurés par les capitaux en 2015).

Plafond de ressources pour l'attribution de l'ACS

Foyer	Plafond annuel de ressources	
	Métropole	DOM
1 personne	11 776 €	13 107 €
2 personnes	17 664 €	19 660 €
3 personnes	21 197 €	23 592 €
4 personnes	24 730 €	27 524 €
Par personne supplémentaire	4 710 €	5 243 €

Résider en France

* Cas 1 : Français

Vous devez résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.

Le délai de 3 mois n'est pas exigé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale compte tenu d'une activité

professionnelle en France de plus de 3 mois

- Inscrit dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage en France dans le cadre d'accords de coopération ou inscrit à un stage de formation professionnelle d'une durée supérieure à 3 mois
- Bénéficiaire de certaines prestations (prestations familiales, allocations aux personnes âgées, de logement, d'aide sociale, revenu de remplacement, allocation aux adultes handicapés, etc.)
- Ayant accompli un volontariat international à l'étranger et n'ayant droit à aucun autre titre à l'assurance maladie

Image not found

À noter http://www.mairie-nargis.com/sites/all/modules/custom/ads_servicepublic/img/note.jpg

À noter : si vous êtes sans domicile stable, vous pouvez élire résidence (particuliers) auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée.

* **Cas 2** : Étranger

Vous devez remplir les 2 conditions suivantes :

- Être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France
- Résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois

Toutefois, le délai de 3 mois n'est pas exigé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale compte tenu d'une activité professionnelle en France de plus de 3 mois
- Inscrit dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage en France dans le cadre d'accords de coopération ou inscrite à un stage de formation professionnelle d'une durée supérieure à 3 mois
- Bénéficiaire de certaines prestations (prestations familiales, allocations aux personnes âgées, de logement, d'aide sociale, revenu de remplacement, allocation aux adultes handicapés, etc.)
- Demandeur d'asile ou du statut de réfugié
-

Admis au titre de l'asile ou reconnu réfugié

- Ayant accompli un volontariat international à l'étranger et n'ayant droit à aucun autre titre à l'assurance maladie.

Si vous êtes sans domicile stable, vous pouvez élire résidence (particuliers) auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée.

Image not found

http://www.mairie-nargis.com/sites/all/modules/custom/ads_servicepublic/img/savoir.jpg

À savoir : si vous êtes en situation irrégulière, vous pouvez demander à bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME) (particuliers).

Aide financière

Montant

L'ACS est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle).

Chaque membre de votre foyer (particuliers) y a droit (Mariage, Pacs ou concubinage (union libre) (particuliers), enfants, et sous conditions, autres personnes à charge de moins de 25 ans).

Montant de l'Aide complémentaire santé (ACS)

Âge du bénéficiaire

Montant de l'aide
Au 1^{er} janvier de l'année en cours

Moins de 16 ans	100 ¤
De 16 à 49 ans	200 ¤
De 50 à 59 ans	350 ¤
60 ans et plus	550 ¤

En pratique, vous recevez une attestation-chèque à remettre à un organisme complémentaire.

Utilisation de l'attestation-chèque

* Cas 1 : Vous avez déjà une mutuelle

Vous avez 6 mois pour remettre l'attestation-chèque à votre mutuelle (organisme complémentaire).

Votre contrat doit faire partie des contrats homologués (particuliers) (contrats parmi une liste de complémentaires santé sélectionnées par l'État pour leur rapport qualité/prix).

Si ce n'est pas le cas, vous avez 2 possibilités :

- Demander à votre organisme actuel, s'il le propose, de faire évoluer votre contrat vers un des contrats homologués (particuliers)
- Résilier votre contrat en cours et choisir une complémentaire santé parmi les contrats homologués (particuliers).

Pour trouver la complémentaire santé qui vous convient le mieux, utilisez le comparateur d'offres sur le site de l'ACS.

Téléservice : [Aide pour une complémentaire santé \(ACS\) - comparateur d'offres \(particuliers\)](#)

Image not found

À savoir http://www.mairie-nargis.com/sites/all/modules/custom/ads_servicepublic/img/savoir.jpg

À savoir : si vous avez renouvelé un contrat non homologué après le 30 juin 2015, vous avez jusqu'au 30 juin 2016 pour le résilier sous réserve de souscrire un contrat homologué.

* Cas 2 : Vous n'avez pas de mutuelle

Vous avez 6 mois pour remettre l'attestation-chèque à un organisme complémentaire.

Pour bénéficier du chèque santé, vous devez choisir un organisme complémentaire proposant un des contrats homologués (particuliers) (contrats parmi une liste de complémentaires santé sélectionnées par l'État pour leur rapport qualité/prix). Chaque contrat offre 3 niveaux de garanties. Pour trouver la complémentaire santé qui vous convient le mieux, utilisez le comparateur d'offres sur le site de l'ACS.

Téléservice : [Aide pour une complémentaire santé \(ACS\) - comparateur d'offres \(particuliers\)](#)

Demande

Vous devez remplir le formulaire cerfa 12504*05 et l'envoyer à votre organisme d'assurance maladie (particuliers).

Formulaire : Demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'Aide pour une complémentaire santé (ACS) (particuliers)

Le formulaire indique la liste des pièces justificatives à fournir et les informations à indiquer (composition et ressources du foyer, situations particulières liées au RSA).

Les informations sur le choix de l'organisme complémentaire vous sont communiquées après instruction de votre demande.

Décision d'attribution

Au plus tard 2 mois après réception de votre dossier, votre organisme d'assurance maladie (particuliers) vous informe de sa décision. À défaut, cela signifie que votre demande est acceptée.

Durée et renouvellement

L'ACS est accordé pour 1 an.

Son renouvellement n'est pas automatique sauf si vous percevez l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Votre organisme complémentaire doit vous alerter au moins 2 mois avant la fin du contrat.

Entre 2 et 4 mois avant la fin du contrat, adressez à votre organisme d'assurance maladie (particuliers) une nouvelle demande d'ACS, de la même manière que pour la demande initiale.

Formulaire : Demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'Aide pour une complémentaire santé (ACS) (particuliers)

En cas de refus du renouvellement, votre organisme complémentaire doit vous proposer de prolonger votre contrat pendant 1 an. Vous pouvez aussi souscrire un nouveau contrat parmi ceux homologués offerts par votre organisme.

Réclamation

Si vous contestez un refus d'attribution de l'ACS, vous pouvez effectuer un recours (particuliers) gracieux auprès de votre organisme d'assurance maladie (particuliers) dans les 2 mois suivant la réception de la décision.

Vous pouvez également saisir la commission départementale de l'aide sociale (CDAS) dans les 2 mois suivant la date de décision. Ses coordonnées sont indiquées sur la décision de refus.

Pour en savoir plus

- [Site de l'aide pour financer sa complémentaire santé \(ACS\)](#) - Information pratique - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
- [Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé](#) - Information pratique - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- [Aide pour une complémentaire santé \(ACS\)](#) - Information pratique - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
- [Liste des offres pour utiliser l'aide au paiement d'une complémentaire santé ACS](#) - 296.8 KB - Information pratique - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- [Demande de CMU-C : vos ressources prises en compte](#) - Information pratique - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
- [CMU-C, ACS et AME : composition du foyer](#) - Information pratique - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Services et formulaires en ligne

- [**Demande de couverture maladie universelle complémentaire \(CMU-C\) ou d'Aide pour une complémentaire santé \(ACS\)**](#)
- Formulaire - Cerfa n°12504*05 - N°S3711g
- [**Estimez vos droits à une aide pour une complémentaire santé**](#)
- Module de calcul
- [**Aide pour une complémentaire santé \(ACS\) - comparateur d'offres**](#)
- Téléservice
-

Simulateur de droits aux aides sociales (Mes-aides)

- Module de calcul

Voir aussi...

- **Aides au paiement des factures : eau, téléphone, électricité, gaz (particuliers)**
- **Parcours de soins coordonnés et médecin traitant (particuliers)**
- **Ticket modérateur, forfait et franchises (Sécurité sociale) (particuliers)**
- **Tiers payant (particuliers)**
- **Carte Vitale (particuliers)**
- **Couverture maladie complémentaire (mutuelle) (particuliers)**
- **Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (particuliers)**
- **Complémentaire santé d'entreprise (mutuelle santé) (particuliers)**
- **Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) (particuliers)**

Où s'adresser ?

Assurance maladie - 3646

- Pour s'informer

Le 36 46 vous permet d'obtenir des renseignements sur vos droits et démarches, de poser une question sur votre dossier, de signaler un changement de situation ou encore de consulter vos remboursements.

Par téléphone

3646

Ouvert du lundi au vendredi. Attention : les horaires varient selon votre département. En règle générale, les horaires d'ouverture sont au minimum de 8h30 à 16h.

Numéro violet ou majoré : coût d'un appel vers un numéro fixe + service payant, depuis un téléphone fixe ou mobile

Pour connaître le tarif, écoutez le message en début d'appel

Depuis l'étranger : +33 (0) 811 70 36 46

Par messagerie

Connectez-vous sur votre
compte ameli
, puis sélectionnez l'onglet
Vos demandes
et cliquez sur
Contactez-nous / Vos questions
.

Références

- Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale : article 56 (IV) - Information du bénéficiaire de l'ACS au moins 2 mois avant la fin de son contrat
- Décret n°2016-7 du 5 janvier 2016 relatif aux exceptions à l'application du principe "silence vaut rejet"
- Code de la sécurité sociale : articles L863-1 à L863-7-1 - Dispositif et conditions à remplir (article L863-1), contrats concernés (L863-6), renouvellement (article L863-7), tiers-payant (article L863-7-1)
- Code de la sécurité sociale : article L871-1 - Règles concernant les garanties du contrat
- Code de la sécurité sociale : articles R863-1 à R863-16 - Demande et renouvellement (R863-1), délai de 6 mois pour utiliser l'attestation-chèque (article R863-2), durée de validité d'1an de l'attestation-chèque (article R863-3), document de fin de contrat (article R863-4), délai pour faire la demande de renouvellement (article R863-5), information de l'organisme en cas de départ à l'étranger (article R863-6)

- Code de la sécurité sociale : articles R861-2 à R861-10 - Conditions de ressources
- Code de la sécurité sociale : articles D861-1 à D861-8 - Plafond de ressources (article D861-1), attestations à présenter pour bénéficiaire du tiers-payant (article D861-8)
- Arrêté du 10 avril 2015 fixant la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L863-6 du code de la sécurité sociale
- Circulaire DSS/2A n°2005-90 du 15 février 2005 relative au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels



**Mairie
de Nargis**

*1, rue de la Mairie
45210 Nargis
02 38 26 03 04 accueil@mairie-nargis.fr*

Source URL: <http://www.mairie-nargis.com/vie-pratique/demarches-administratives/declaration-de-naissance?publication=F13375>