



LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE

COMMENT FONCTIONNE LA SANTÉ EN FRANCE ?

Créée en 1945, la Sécurité Sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » ordonnance du 4 octobre 1945, texte fondateur. Elle repose sur un principe de solidarité, chacun participant à son financement selon ses moyens. C'est cet organisme qui a pour mission de protéger les assurés contre tous les risques de la vie, notamment au travers de la prise en charge de la part obligatoire des frais médicaux et le principe de Protection Universelle Maladie.

Au sein de la Sécurité Sociale, c'est l'Assurance Maladie qui va exécuter cette mission sur les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles pour le compte du régime général qui couvre près de 57 millions de bénéficiaires (87% de la population).

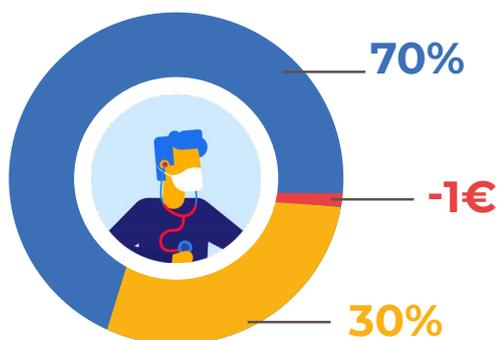
En France, le remboursement des frais médicaux se décompose en deux niveaux :

- La part obligatoire, prise en charge par la Sécurité Sociale
- La part complémentaire, appelée également ticket modérateur à votre charge

Au-delà, certaines sommes ne sont généralement pas remboursées telle que la participation forfaitaire ou la franchise médicale.

Vous consultez votre médecin généraliste, le coût de la consultation est fixé à 25€ et correspond au tarif conventionné.

Voici comment se divise votre remboursement :



● Part obligatoire
(remboursement de
l'Assurance Maladie)
17,50 €

● Participation forfaitaire
(frais de franchise)
Non remboursable 1 €

● Part complémentaire
(ticket modérateur)
7,50 €

QU'EST-CE QUE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ?

Jusqu'au 31 décembre 2015, pour bénéficier de la prise en charge par l'Assurance Maladie de vos frais de santé, vous deviez remplir de nombreuses conditions et effectuer tout autant de démarches administratives. Tout changement de situation pouvait également se transformer en calvaire au vue de toutes les démarches à effectuer, qui pouvait souvent se solder par une discontinuité de vos droits.

La Protection Universelle Maladie (PUMa) est entrée en application le 1er janvier 2016, en remplacement de la CMU de base. Cette mesure est établie dans un souci de simplification des démarches auprès de la Sécurité Sociale ainsi que pour la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé. En complément de cette garantie de continuité de vos droits, la PUMa vous permet également une plus grande autonomie et confidentialité dans vos soins.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ?

La PUMa concerne toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière. Elle va donc vous assurer la prise en charge de vos frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de votre vie.

Les personnes exerçant une activité professionnelle en France et affiliées au régime obligatoire français de Sécurité Sociale, sont celles qui ont une activité professionnelle salariée pour le compte d'un ou plusieurs employeurs ayant ou non un établissement en France ou qui ont une activité professionnelle non-salariée.

Pour justifier de la résidence en France de façon régulière il vous faut justifier d'un foyer ou lieu de séjour principal en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint Barthélemy ou à Saint Martin. Le critère de stabilité est acquis lorsque vous résidez en France au minimum 3 mois à l'ouverture des droits à la PUMa puis au moins 6 mois par an.

Par ces critères de stabilité et régularité, la PUMa va permettre la disparition du statut d'ayant-droit pour les majeurs, qui ne sera réservé que pour les moins de 16 ans.



Quelques exceptions toutefois à ces principes d'activité professionnelle et de résidence, car peuvent également bénéficier de la PUMa les personnes :

- Inscrites dans un établissement d'enseignement en France ;
- Bénéficiaires d'aides sociales ;
- En stage en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- Réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, enregistrées comme demandeurs d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire français ;
- De retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger ;
- Résidentes en France au titre de la procédure de regroupement familial.

COMMENT ÊTRE COUVERT PAR LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ?

Si vous n'avez pas encore de droits à la Sécurité Sociale vous pouvez demander votre affiliation en remplissant le formulaire de « Demande d'affiliation au régime général » sur critère de résidence et le transmettre à votre caisse d'assurance maladie avec les pièces justificatives demandées.

Tout mineur à partir de ses 16 ans peut demander à être couvert à titre personnel par l'Assurance Maladie. Cette demande doit être effectuée auprès de l'organisme auprès duquel est affilié l'assuré dont il est l'ayant droit.

Avec la réforme Puma, les changements de situation personnelle n'auront donc plus d'incidence sur vos droits, garantissant ainsi une plus grande autonomie. Dans les situations de mariage, de séparation ou de veuvage, vous continuez à avoir vos droits à titre personnel.



COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER LES FRAIS À VOTRE CHARGE ?

Pour la part complémentaire, le ticket modérateur, il vous suffit d'être couvert par une complémentaire santé qui prend en charge tout ou partie de vos dépenses de santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit.

Par contre la participation obligatoire et la franchise médicale ne sont jamais remboursées par l'Assurance Maladie ou par les complémentaires santé.

En effet pour la préservation de notre système de santé, une participation forfaitaire d'1 euro vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans. Elle s'applique dès que vous avez une consultation ou un acte effectué par un médecin, mais aussi sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

En plus des moins de 18 ans, vous n'êtes pas concerné par la participation forfaitaire si vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire, ou à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de votre accouchement.

La franchise médicale est la somme que vous devez sur les remboursements liés aux boîtes de médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports. Elle est plafonnée à 50 € par an, et peut avoir un plafond quotidien en fonction du type de prestation.

Type de prestations	Montant* forfaitaire par acte	Plafond* quotidien	Plafond* Annuel
Pharmacie	0,50€	sans	50 euros
Actes d'auxiliaires médicaux	0,50€	2 €	
Transports	2 €	4 €	

* Montant au 1^{er} janvier 2020

SOURCES :

<https://cleiss.fr>

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale/securite-sociale>

<https://www.previsima.fr/dossier/la-protection-universelle-maladie-PUMa-lassurance-maladie-pour-tous.html>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie>

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale>

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-1-euro>