



La CMU : l'assurance maladie pour tous en 2007

Dossier de presse

Mise à jour, octobre 2007

Sommaire

Communiqué : la CMU : l'assurance maladie pour tous p. 3

I - La CMU de base p. 5

II - La CMU complémentaire p. 6

III - Un autre volet de la loi CMU : l'aide médicale état (AME) p. 9

Annexes

1 - La CMU complémentaire en pratique chez les professionnels de santé p. 10

2 - Quelques situations particulières p. 11

3 - La CMU étape par étape p. 12

La CMU : l'assurance maladie pour tous

Créée en 2000, la Couverture maladie universelle garantit l'accès aux soins pour toutes les personnes ne rentrant pas dans les critères d'affiliation d'un régime d'assurance maladie obligatoire ; ces derniers étant liés à une activité professionnelle : régime général des salariés, régime social des indépendants, Mutualité sociale agricole.

Le second volet de la CMU, la Couverture maladie universelle complémentaire offre à toutes les personnes dont les ressources financières sont faibles, la prise en charge à 100% de leurs soins.

La loi du 13 août 2004, réformant l'Assurance Maladie, a en outre créé une aide au paiement d'une complémentaire santé pour les personnes dont les revenus modestes sont cependant légèrement supérieurs (avec un maximum de 20%) au plafond donnant droit à la CMU complémentaire¹.

A noter : Comme tous les assurés sociaux, les personnes ayant la CMU de base ou la CMU complémentaire sont concernées par le dispositif du **médecin traitant**². **En revanche, les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ne sont pas soumises à la participation forfaitaire de 1 euro sur les actes médicaux.**

- **Rappel : que recouvre la CMU ?**

1/ une couverture maladie de base

La **CMU de base** garantit, depuis janvier 2000, l'accès à l'Assurance Maladie pour toutes les personnes résidant en France (métropolitaine ou dans un DOM), en situation stable et régulière depuis plus de 3 mois³, et n'étant pas bénéficiaire d'une couverture maladie, gérée par un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

L'attribution de cette couverture maladie n'est pas liée à l'exercice d'une activité professionnelle, comme le sont celles des autres régimes obligatoires. Elle concerne aussi bien les personnes sans ressource que celles à forts revenus.

La CMU de base est gratuite pour les personnes dont les revenus fiscaux sont inférieurs au plafond de 8644 euros (pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 30 septembre 2008) ou qui sont bénéficiaires du RMI ou de la CMU complémentaire. **Pour les autres demandeurs, elle est soumise à une cotisation qui correspond à 8% du revenu fiscal dépassant le plafond.**

¹ Voir le communiqué de presse « Avez-vous droit à l'aide pour une complémentaire santé ? »

² Pour une information complète sur le médecin traitant se reporter au dossier de presse « *Le parcours de soins coordonnés en 2007* » disponible dans l'espace presse du site de l'Assurance Maladie : ameli.fr

³ Il existe des exceptions au principe de la stabilité de résidence ininterrompue depuis plus de trois mois sur le territoire français, notamment pour les bénéficiaires de certaines prestations familiales et du RMI.

2/ une couverture maladie complémentaire

Bénéficiaire d'une **couverture maladie complémentaire gratuite** « la **CMU complémentaire** » est possible pour les personnes ayant de faibles revenus (606 euros de revenus mensuels maximum pour une personne seule en Métropole).

Cette **couverture complémentaire prend en charge** :

- **le ticket modérateur**, c'est-à-dire la partie des frais restant habituellement à la charge de l'assuré. Ainsi, les consultations et les soins médicaux réalisés aux cabinets, dans les centres de soins ou dans les hôpitaux sont pris en charge à 100 %.
- **le forfait journalier à l'hôpital**, c'est-à-dire la somme due par le patient pour toute hospitalisation de plus de 24 heures. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien.
- **les dépassements de tarifs** (dans la limite des montants fixés par arrêtés) pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, l'optique, les audioprothèses et certains autres produits médicaux.

De plus, **l'assuré bénéficie du tiers payant** : il n'a pas besoin d'avancer les frais, dès lors qu'il s'agit de soins ou de médicaments prescrits et remboursables par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, les médecins à honoraires libres (secteur 2) ne peuvent pratiquer un dépassement de leurs honoraires sauf en cas d'exigence particulière du patient (DE).

Elle permet à 4,8 millions de personnes, qui n'en n'auraient pas la possibilité autrement, d'avoir accès à une assurance complémentaire.

- A noter : les ressortissants communautaires inactifs qui viennent s'installer en France ne peuvent le faire que s'ils disposent de ressources suffisantes et d'une couverture maladie préalable. Ils ne peuvent donc pas prétendre au bénéfice de la CMU de base et de la CMU complémentaire⁴.

⁴ En application de la directive 2004/38/CE du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 transposée en droit français par la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration et le décret n°2007-371 du 21 mars 2007.

I - La CMU de base

1/ Principe

La CMU de base s'adresse à toutes les personnes résidant en France (métropolitaine ou dans un département d'outre-mer), de façon stable depuis plus de 3 mois et régulière⁵⁶, ne bénéficiant pas déjà d'une couverture maladie, gérée par un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

On peut en bénéficier :

- Sans cotisation, si le revenu fiscal de référence du foyer est inférieur ou égal à 8644 euros (pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 30 septembre 2008). Les titulaires du RMI et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exonérés de cotisations.

- Avec une cotisation, au-delà de ce montant, une cotisation annuelle de 8 % est due sur le montant des revenus dépassant le plafond.

Au 31 mars 2007, 1,7 million de personnes bénéficiaient de la CMU de base.

2/ Comment en faire la demande ?

La demande doit être faite auprès de la caisse d'Assurance Maladie du lieu de résidence ou auprès des centres communaux d'action sociale (CCAS), des services sociaux, des associations et organismes agréés par le préfet, ou des établissements de santé. Ces organismes sont en effet habilités à accompagner les personnes dans leurs démarches et, avec leur accord, à transmettre leur demande à la caisse d'Assurance Maladie concernée.

Pour déposer une demande, il convient de fournir :

- un justificatif de résidence stable et régulière : la carte nationale d'identité, le livret de famille à jour et pour les étrangers, une carte de séjour ou tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture)
- et de remplir le formulaire de "demande de protection de base pour la CMU", téléchargeable sur le site Internet de l'Assurance Maladie ameli.fr

L'affiliation au régime général est effective dès le dépôt de la demande. La Caisse d'Assurance Maladie adresse au nouvel assuré une attestation de ses droits ainsi qu'une carte Vitale, après avoir vérifié qu'il n'a pas de droit ouvert à un autre titre auprès d'un régime obligatoire. (S'il s'avère que la personne a des droits ouverts auprès d'un autre régime, elle est réintégrée dans son régime d'origine. Le dossier est transféré, sans rupture de droits, par la Caisse primaire qui en informe l'assuré).

3/ Quels sont les droits ?

La CMU de base donne le droit **aux mêmes remboursements de soins maladie et de soins de maternité, aux mêmes taux que ceux du régime général des salariés**⁷.

⁵ Il existe des exceptions au principe de la stabilité de résidence ininterrompue depuis plus de trois mois sur le territoire français, notamment pour les bénéficiaires de certaines prestations familiales ou du RMI

⁶ Lors du renouvellement de ses droits à la CMU de base, le demandeur devra justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire (décret n°2007-354 du 14 mars 2007).

⁷ Elles sont donc soumises au forfait de 1 euro sur les actes médicaux

II - La CMU complémentaire

En 2007, **4,8 millions de personnes** protégées par le régime général ont la CMU complémentaire. Il peut s'agir des allocataires du RMI, de salariés – ayant un travail temporaire ou à temps partiel -, de chômeurs, de jeunes de 16 ans et plus en rupture familiale ou encore de familles monoparentales.

Sous réserve de satisfaire à la condition de ressources définie ci-dessous, les personnes résidant en France de façon stable⁸ et régulière ont droit à la CMU complémentaire.

1/ Les niveaux de ressources

La Couverture maladie universelle complémentaire concerne les bénéficiaires du RMI et les personnes dont les ressources (imposables et non imposables) ne dépassent pas les seuils suivants, sur les douze derniers mois précédents leur demande.

Niveaux de ressources des personnes vivant en Métropole :

Composition du foyer	Niveau de ressources maximum mensuel :	Niveau de ressources maximum annuel :
1 personne	606,00 €	7 272 €
2 personnes	909,00 €	10 908 €
3 personnes	1090,83 €	13 090 €
4 personnes	1272,58 €	15 271 €
par personne supplémentaire à partir de 5 personnes	+ 242,40 €	+2 908,88 €

A noter :

- Ces montants correspondent au total des revenus des 12 mois civils précédant la demande. Ils sont valables depuis le 1^{er} juillet 2007,
- Le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la CMU complémentaire est de 11,3% supérieur dans les départements d'Outre-Mer.
- Si les ressources dépassent de moins de 20% le plafond d'attribution de la CMU complémentaire, le dispositif de l'« Aide pour la complémentaire santé » (ACS) constitue une alternative pour bénéficier d'une complémentaire santé.

Les ressources mensuelles à prendre en compte

Toutes les ressources (imposables ou non) perçues par chaque personne composant le foyer à la date de la demande sont à prendre en compte (au cours des 12 derniers mois civils précédents), y compris les avantages en nature* et les revenus procurés par les biens immobiliers et mobiliers ainsi que les capitaux. Les ressources correspondent à la somme nette, c'est-à-dire CSG et CRDS déduites.

*les avantages liés au logement et les aides personnelles au logement sont également évalués forfaitairement. Pour 2007, leur montant est de 51,97 euros pour une personne seule. Ces forfaits calculés sur la base d'un pourcentage du RMI sont révisés chaque année.

A noter : les montants des ressources peuvent être contrôlés, et notamment celui des prestations d'allocations familiales, via les échanges entre l'Assurance Maladie et les caisses d'allocations familiales.

⁸ Dans le cas d'une première demande de CMU complémentaire, le demandeur doit justifier qu'il réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Lors du renouvellement des droits à la CMU complémentaire, le demandeur devra justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire (décret n°2007-354 du 14 mars 2007).

2/ Comment en faire la demande ?

Chaque foyer fait une demande auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Pour cela, il est nécessaire de :

- remplir la demande de prise en charge et la déclaration de ressources. Ces formulaires peuvent être obtenus dans la caisse d'Assurance Maladie de son département ou de son arrondissement, à la Mairie (CCAS Centre Communal d'Action Sociale), dans un service social, une association agréée, ou à l'hôpital le plus proche ; ou téléchargeable sur le site Internet de l'Assurance Maladie ameli.fr,
- transmettre les justificatifs nécessaires relatifs à la condition de résidence, ainsi qu'à la composition et aux revenus de son foyer
- choisir l'organisme qui gèrera la CMU complémentaire : une mutuelle, une société d'assurance, une institution de prévoyance, ou la caisse d'Assurance Maladie. La liste des organismes complémentaires participant au dispositif peut être consultée dans les organismes d'Assurance Maladie ou dans les autres lieux d'accueil et sur le site www.fonds-cmu.fr.

Cette démarche concerne également les bénéficiaires du RMI et les membres de leur foyer qui sont invités par courrier à faire une demande de CMU complémentaire dès l'attribution du RMI. Ces derniers n'ont pas besoin de justifier de leurs ressources. Ils doivent néanmoins faire la démarche de formuler leur demande et de choisir leur organisme complémentaire.

La décision d'attribution doit être prise dans un délai de deux mois maximum après réception du dossier complet par la caisse instructrice, au-delà duquel l'absence de réponse de la Caisse vaut acceptation. **La date d'effet du droit à la CMU complémentaire est fixée au 1^{er} jour du mois⁹ qui suit la date de décision prise par la caisse).**

Cependant, en cas d'urgence médico-sociale, la CMU complémentaire peut s'appliquer au premier jour du mois du dépôt de la demande (rétroactivité de deux mois maximum possible en cas d'hospitalisation). La CMU complémentaire est attribuée pour un an, l'attestation des droits est donc valable pour un an.

3/ Comment renouveler ses droits ?

Les droits sont réétudiés chaque année.

Tous les ans, les assurés bénéficiant de la CMU complémentaire sont invités à effectuer leur demande de renouvellement pour notamment justifier de leur niveau de ressources et confirmer leur organisme de gestion de la CMU complémentaire. Si les conditions d'attribution sont remplies, la CMU complémentaire est renouvelée pour un an.

Lors du renouvellement des droits à la CMU complémentaire, le demandeur devra justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire.

4/ Où se renseigner ?

- **Les caisses d'Assurance Maladie et leurs centres d'accueil**

Des agents de l'Assurance Maladie ont été formés aux spécificités de la CMU afin de conseiller les demandeurs, de constituer leurs dossiers et de les instruire.

- **Les autres acteurs :**

- les mairies (au CCAS, Centre communal d'action sociale) ;
- les préfectures ;

⁹ Loi de finance 2003

- les associations agréées ;
- les hôpitaux ;
- les centres d'hébergement ;
- les services sociaux des entreprises ;

Tous ces acteurs ont pour mission d'informer les bénéficiaires potentiels de leurs droits, de réunir les documents nécessaires, de les aider à constituer leur dossier de demande.

Les personnes sans domicile fixe doivent se faire domicilier notamment auprès des associations agréées ou des Centres communaux d'action sociale, pour pouvoir déposer une demande de CMU.

5/ Un accès aux soins plus facile

Lors de toute consultation chez un professionnel de santé ou encore pour les achats de médicaments, les examens de laboratoires¹⁰... les personnes qui bénéficient de la CMU complémentaire présentent leur attestation de droits et leur carte Vitale.

Elles n'ont **rien à payer** dans la plupart des cas¹¹ et **ne remplissent ni n'envoient de feuille de soins** à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les professionnels de santé se font régler directement leurs honoraires par l'Assurance Maladie.

Quel que soit le professionnel de santé, la présentation de la carte Vitale et de l'attestation est obligatoire. C'est une garantie pour le professionnel de santé et pour le patient.

A noter : les bénéficiaires de la CMU complémentaire qui n'ont pas encore déclaré de médecin traitant sont invités à le faire lors de l'ouverture des droits ou de leur renouvellement. Cela leur permet en effet, comme les autres assurés, de bénéficier de la coordination des soins, garante d'une meilleure prise en charge de leur santé.

Lunettes, soins dentaires ou prothèses auditives... des prestations qui sont aujourd'hui accessibles,

Les lunettes, les prothèses dentaires ou auditives qui représentent des coûts importants, deviennent accessibles aux bénéficiaires de la CMU complémentaire :

- **Pour les soins dentaires**, ils sont pris en charge en fonction des besoins dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire. Par exemple 230 euros pour une couronne métallique.
- Il est possible d'avoir **une paire de lunettes par an**, voire une deuxième en cas de changement de correction visuelle, à 54,58 euros pour une correction simple et à 137,20 euros pour une correction complexe. La monture est prise en charge à 100 % si son prix ne dépasse pas 22,87 euros.
- **Pour les difficultés d'audition**, un forfait de 243,92 euros alloué sur deux ans (en supplément du tarif de l'Assurance Maladie de 199,71 euros) permet de bénéficier d'un appareil auditif au prix maximum de 443,63 euros. En cas de prescription d'un deuxième appareil pour une personne de plus de 20 ans, la prise en charge de celui-ci s'effectue à 100 % du tarif remboursable (soit 199,71 euros). Des fonds de secours peuvent être accordés pour aider l'assuré à financer ce deuxième appareil.

¹⁰ prescrits par un médecin et remboursés par l'Assurance Maladie

¹¹ voir annexe 1

III - Un autre volet de la loi CMU : l'aide médicale Etat (AME)

L'Aide médicale de l'Etat (A.M.E.) est destinée à permettre, sous conditions de ressources, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière qui ne disposent d'aucune couverture sociale, à condition de résider en France depuis plus de trois mois.

1/ Qui peut bénéficier de l'AME ?

- Toute personne étrangère, en situation irrégulière, résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.
- Les personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée) peuvent, par décision individuelle du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, bénéficier de l'aide médicale, éventuellement de manière partielle (c'est l'aide médicale de l'Etat à titre humanitaire).

Le plafond de ressources permettant de bénéficier de l'AME est le même que celui permettant de bénéficier de la CMU complémentaire (voir page 6).

2/ Qui décide de l'admission à l'AME ?

Le directeur de la Caisse primaire d'Assurance Maladie du lieu de résidence est compétent pour prononcer l'admission à l'aide médicale de l'Etat pour un an.

3/ Quels sont les types de soins pris en charge ?

Pour les bénéficiaires de l'AME, les soins de maladie et de maternité, ainsi que le forfait journalier hospitalier, sont pris en charge à 100 % des tarifs de responsabilité, avec dispense d'avance des frais.

A noter : pour les personnes en situation irrégulière qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME, sont pris en charge, les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. Ces soins doivent être dispensés par un établissement de santé.

Annexe 1

La CMU complémentaire en pratique chez les professionnels de santé

• Chez le médecin

Le bénéficiaire de la CMU ne paie rien chez un médecin généraliste ou chez un spécialiste. Ces derniers ne doivent pas lui demander de suppléments, sauf demandes particulières de l'assuré (par exemple un rendez-vous en dehors des heures de consultation).

• A l'hôpital

Quelle que soit la durée de son hospitalisation, le malade ne paie ni l'hébergement (forfait journalier) ni les soins.

• Chez le pharmacien

Le bénéficiaire de la CMU ne paie rien pour les médicaments remboursables quelle que soit la durée du traitement, ponctuel ou de longue durée. Pour les pansements, béquilles ou autres produits, le pharmacien doit proposer au moins un article au tarif pouvant être pris en charge à 100% au titre de la CMU complémentaire. Cette dispense d'avance des frais est subordonnée à l'acceptation par les bénéficiaires de la CMU complémentaire de la délivrance de médicaments génériques (sauf cas particuliers, notamment en cas de problème pour la santé du patient)¹².

• Chez le dentiste

Le bénéficiaire de la CMU ne paie rien pour le traitement des caries, les détartrages, les extractions, les examens de contrôle. Avant de démarrer les autres soins qui sont au-delà du forfait CMU (prothèse, orthopédie dento-faciale et actes non pris en charge par l'Assurance Maladie...), le chirurgien dentiste doit lui remettre un devis.

• Chez l'opticien

Le bénéficiaire de la CMU a droit à une paire de lunettes par an. Il ne paie rien pour les verres sauf demandes particulières (verres anti-reflets, incassables).

Il ne paie rien pour la monture si elle coûte moins de 22,87 euros. L'opticien doit lui en proposer dans cette gamme de prix. La prise en charge des lentilles est la même que pour les assurés sociaux ne bénéficiant pas de la CMU.

• Au laboratoire

Le patient ne paie rien pour les examens et analyses prescrits par son médecin et remboursés par l'Assurance Maladie.

• Pour les appareils auditifs

Le bénéficiaire de la CMU a droit à la prise en charge d'un appareil auditif analogique (externe) au prix maximum de 443,63 euros sur 2 ans. Pour les appareils complexes et plus chers, un complément reste à sa charge. Pour les personnes de plus de 20 ans ; la prise en charge du deuxième appareil est de 100 % sur la base de 199,71 euros.

¹² Article 56 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007

Annexe 2

Quelques situations particulières

• Les jeunes

Si leurs parents bénéficient de la CMU, ils en bénéficient eux aussi en tant qu'ayant droits jusqu'à l'âge de 16 ans, 18 ans s'ils sont placés en apprentissage et 20 ans s'ils poursuivent leurs études. D'une façon générale, s'ils sont à la charge de leurs parents, les jeunes peuvent bénéficier avec eux de la CMU complémentaire jusqu'à l'âge de 25 ans. Dans tous les cas, ils doivent déclarer un médecin traitant à partir de 16 ans.

Les jeunes de 16 ans ou plus peuvent devenir assurés à titre personnel en cas de rupture avec leur famille et bénéficier de la CMU complémentaire à titre individuel.

• Les étudiants

Les étudiants assurés par le régime étudiant peuvent bénéficier de la CMU complémentaire auprès de leur Section locale mutualiste pour le compte de l'Etat ou de leur Section locale mutualiste ou tout autre organisme complémentaire inscrit sur la liste.

• Les conjoints, concubins, personnes liées par un pacte de solidarité civile

Le conjoint, le concubin ainsi que le partenaire PACS à la charge effective d'un assuré a le statut d'ayant droit majeur autonome. Il peut avoir une carte personnelle nominative et un compte distinct de celui de l'assuré.

• Les veuves et veufs, les divorcés

Ils peuvent bénéficier de la CMU de base s'ils ne relèvent plus d'un régime d'Assurance Maladie et maternité. La CMU complémentaire leur est accordée en fonction de leur niveau de ressources. *A noter que ces personnes bénéficient d'un maintien de droit, après la transcription du divorce ou le décès de leur conjoint, et sont assurées de façon illimitée au régime général s'ils ont ou ont eu au moins trois enfants à charge.*

Annexe 3

La CMU étape par étape

27 juillet 1998 : Loi contre l'exclusion.

Septembre 1998 : Jean-Claude Boulard remet un rapport à Lionel Jospin sur l'instauration d'une couverture maladie universelle.

27 juillet 1999 : vote par le Parlement de la Loi de création de la CMU.

Décembre 1999 : publication progressive des textes réglementaires.

15 décembre 1999 : premières inscriptions. Les bénéficiaires du RMI et de l'aide médicale départementale voient leur droits transférés automatiquement dans le dispositif CMU complémentaire et les assurés personnels affiliés à la CMU de base voient leur droits transférés automatiquement dans le dispositif CMU de base.

1^{er} janvier 2000 : entrée en vigueur de la CMU.

31 Mars 2000 : la liste des organismes complémentaires qui souhaitent participer à la CMU complémentaire est close : mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance.

Juillet 2000 : 4,3 millions de personnes bénéficient de la CMU complémentaire.

Octobre 2000 : le renouvellement des droits des anciens titulaires de l'Aide Médicale est reporté par décision ministérielle au 30 juin 2001.

1^{er} janvier 2001 : premier anniversaire de la CMU. Environ 4,7 millions de personnes bénéficient de la CMU complémentaire et 1,1 million de personnes bénéficient de la CMU de base.

Juin 2001 : renouvellement des droits des anciens titulaires de l'aide médicale et des bénéficiaires du RMI. Les personnes, dont les droits ont été transférés automatiquement en décembre 1999, renouvellent leurs droits et choisissent l'organisme de gestion de leur complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance ou Caisse d'Assurance Maladie).

Janvier 2002 : maintien du tiers payant sur la part obligatoire pendant un an pour toutes les personnes sortant du dispositif CMU.

Avril 2002 : suppression du plafond dentaire.

Mars 2002 : avenant définissant le dispositif d'aide à l'acquisition de contrats de couvertures maladie complémentaires pour les personnes dont les ressources dépassent légèrement le seuil de la CMU complémentaire.

Septembre 2003 : instauration d'un plafond CMU complémentaire spécifique aux Départements d'Outre Mer de 10,80 % supérieur au plafond applicable en métropole.

Janvier 2005 : mise place du dispositif de l'Aide pour une complémentaire santé pour les personnes dont les ressources dépassent de 15 % au maximum le plafond de la CMU complémentaire.

Juin 2005 : le tiers payant est accordé aux bénéficiaires du dispositif d'aide à l'achat d'une couverture santé complémentaire appelée communément « crédit d'impôt ».

Mars 2007 : Le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 modifie les modalités de contrôle de l'effectivité de la condition de résidence en France. Lors du renouvellement des droits à la CMU de base et à la CMU complémentaire, le demandeur devra justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire au cours de l'année civile de versement des prestations.