

**Documentation technique Jour 3 :**

Cabinet Olivier GODIN

Formation Assistants du MJPM

**« METTRE EN ŒUVRE LA PROTECTION DES MAJEURS PROTEGES »**

**« L’Assurance Maladie »**

**Page 1 : LES DEPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE**

**Page 2 : LA SECURITE SOCIALE**

**Page 5: LE REGIME GENERAL**

**Page 8 : LA BRANCHE RETRAITE**

**Page 9 : LES CAISSES D’ALLOCATIONS FAMILIALES**

**Page 13 : L’ASSURANCE MALADIE DU REGIME GENERAL**

**Page 15 : ASSURANCE MALADIE, POINTS DE VIGILANCE**

**Page 16 : ATTESTATION DE DROITS**

**Page 17 : LES AUTRES CAISSES D’ASSURANCE MALADIE**

**Page 18 : CODES GESTION**

**Page 19 : PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMa)**

**Page 22 : LE PARCOURS DE SOINS**

**Page 23 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D’HOSPITALISATION**

**Page 24 : LES COMPLEMENTAIRES SANTE D’ENTREPRISE**

**Page 26 : LA CMU COMPLEMENTAIRE ET L’ACS**

**Page 32 : LES INDEMNITES JOURNALIERES DE MALADIE**

**Page 34 : LES PENSIONS D’INVALIDITE**

**Page 38 : LES CONGES DE MALADIE DES FONCTIONNAIRES**

**Marie JOIGNEAUX Conseil-Formation en Intervention Sociale**

**LES DEPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE**

[**QUELLES SONT LES DIFFERENTES PRESTATIONS SOCIALES**](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/quelles-sont-differentes-prestations-sociales.html)**?**

**Les prestations sociales désignent toutes les prestations en espèces** (revenu de remplacement, ex : indemnités journalières) **ou en nature** (remboursement des dépenses engagées ou financement direct de services) **que les institutions de protection sociale versent à leurs bénéficiaires**.

Elles constituent une des formes de la redistribution des revenus et représentaient, en 2015, 32 % du produit intérieur brut (PIB), à hauteur de 701,2 Mds €. Si on rajoute les frais de fonctionnement et de gestion, les dépenses de protection sociale ont représenté 34 % du PIB, pour un total de 746,6 Mds €, cette année-là.

Les comptes de la protection sociale, publiés annuellement, distinguent **six catégories de prestations** correspondant à autant de risques :

* LE **RISQUE « VIEILLESSE-SURVIE »** : le plus important, il représente près de la moitié des prestations versées chaque année (45,6 % des prestations en 2015, soit 319,7 Mds €), en raison du poids des retraites. Il inclut la prise en charge de la dépendance qui n’est pas reconnue comme un risque à part entière, malgré la mise en place de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001, et de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, créée par la loi du 30 juin 2004 ;
* **LE RISQUE « SANTE »** : inclut la maladie, l’invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles et représente plus du tiers des prestations versées annuellement (34,9 % des prestations servies en 2015, soit 244,9 Mds €) ;
* **LE RISQUE « MATERNITE-FAMILLE »** : inclut notamment les indemnités journalières pour maternité, les soins aux femmes enceintes et les différentes prestations familiales (allocations familiales, aides à la garde d’enfant). Il représentait 7,7 % des prestations en 2015 (54,2 Mds €) ;
* **LE RISQUE « EMPLOI »** : c’est-à-dire l’indemnisation du chômage, les aides à la réadaptation et la réinsertion professionnelle, les préretraites, soit 6,2 % des prestations en 2015 (43,6 Mds €) ;
* **LE RISQUE « LOGEMENT » :** il recouvre les différentes aides versées aux ménages pour faire face à leurs dépenses de loyer ou de remboursement d’emprunt, soit 2,6 % des prestations en 2015 (18,1 Mds €) ;
* **LE RISQUE « PAUVRETE-EXCLUSION SOCIALE »,** essentiellement pris en charge par le revenu de solidarité active (RSA), représente 3 % des prestations (20,7 Mds €).

**Les deux tiers de ces prestations sont financés par les organismes de sécurité sociale**.

**Sources :**

[*http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/quelles-sont-differentes-prestations-sociales.html*](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/quelles-sont-differentes-prestations-sociales.html)

**LA SECURITE SOCIALE**

**QUIZ :**

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/quiz/quiz-securite-sociale.html>

**ORGANISATION GENERALE**

La Sécurité sociale est souvent confondue avec l’Assurance Maladie, qui n’en est pourtant qu’une composante. Petit tour d’horizon de la « Sécu », qui a fêté en 2015 son 70ème anniversaire.

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 a pour mission de protéger les Français contre tous les risques de la vie, en les accompagnant à chaque étape de leur existence. Elle repose sur un principe de solidarité, chacun participant à son financement selon ses moyens.

Au sein de la Sécurité sociale, l’Assurance Maladie gère – pour le compte du régime général – les branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles.

La Sécurité sociale se compose d’un ensemble d’institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux.

**3 TYPES DE REGIMES**

La Sécurité sociale inclut 2 régimes principaux et des régimes spéciaux, couvrant chacun une ou plusieurs catégories socioprofessionnelles spécifiques et se caractérisant par des modalités de gestion et de prise en charge différentes :

* **Le régime général**, qui prend en charge la majorité de la population : les travailleurs salariés ainsi que les travailleurs indépendants depuis le 1er janvier 2018 ainsi que toute personne bénéficiant de droit au titre de la résidence (protection universelle maladie) ;
* **Le régime agricole**, qui prend en charge les exploitants et salariés agricoles ;
* **De nombreux régimes spéciaux**, comme celui des marins, des mines, de la sncf, de la ratp, d’edf-gdf, de l’assemblée nationale, du sénat, des clercs et employés de notaires.

Au fil des années, on assiste à un mouvement général de rapprochement de ces régimes :

* Par le biais des prestations, dont les montants et les modalités de versement s’alignent sur celles du régime général :
* Par le biais de mécanismes comme la compensation (mécanisme de solidarité financière entre les différents régimes de retraite) ou l’adossement (qui permet le financement par le régime général d’une partie des droits des salariés des régimes spéciaux, en contrepartie de cotisations selon le droit commun).

**5 BRANCHES**

Une branche est une entité qui a à sa charge la gestion d’un ou plusieurs « risques ». Ces risques sont définis comme des événements qui peuvent, au cours d’une vie, porter atteinte à la sécurité économique d’une personne. Ils font donc l’objet d’une prise en compte, d’une réparation ou d’une rétribution.

**La Sécurité sociale se compose de 5 branches :**

[**La branche famille**](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale#collapse_6)

Sa mission consiste à réduire les inégalités de niveau de vie entre les familles en prenant en compte le nombre d’enfants. Elle gère les prestations familiales. Elle développe la solidarité dans 4 domaines particuliers : l’accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, l’accueil du jeune enfant, l’accès au logement, la lutte contre la précarité ou le handicap.

Pour le régime général, la branche famille est pilotée par la Caisse nationale d’allocations familiales (Cnaf) et est mise en œuvre au niveau local par les caisses d’allocations familiales présentes sur tout le territoire. Pour le régime agricole, c’est la Mutuelle sociale agricole (MSA) qui assure ce pilotage et cette mise en œuvre.

[**La branche retraite**](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale#collapse_7)

Elle verse les pensions aux retraités de l’industrie, des services et du commerce. Présente dès leur premier emploi, elle suit les salariés tout au long de leur carrière et les aide à préparer leur retraite.

Pour le régime général, la branche retraite est gérée par la Caisse nationale d’assurance vieillesse et sur le terrain par les caisses d’assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Pour le régime agricole, c’est la MSA qui assure cette gestion.

[**La branche maladie**](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale#collapse_8)

Elle assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l’accès aux soins. Elle favorise la prévention et contribue à la régulation du système de santé français. Elle recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès.

Pour le régime général, la branche maladie est gérée par la Caisse nationale de l’Assurance Maladie et son réseau qui se compose des caisses primaires d’assurance maladie (CPAM), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d’outre-mer, des directions régionales du service médical (DRSM), des caisses d’assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), ainsi que des unions de gestion des établissements de caisse d’assurance maladie (Ugecam).

Pour le régime agricole, c’est la MSA qui assure cette gestion.

[**La branche accidents du travail – maladies professionnelles**](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale#collapse_9)

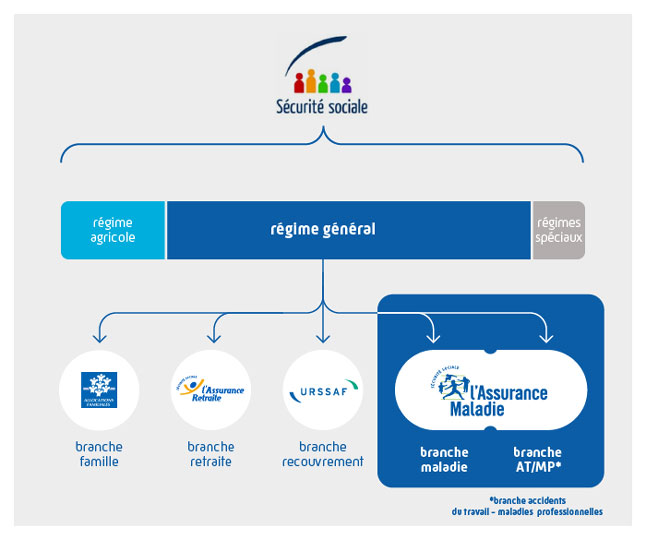
Elle gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs : accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles. À ce titre, elle indemnise les victimes et fixe la contribution respective des entreprises au financement du système. Elle met en œuvre une politique de prévention des risques professionnels.

La branche accidents du travail est gérée par la Caisse nationale d’assurance maladie et par les caisses d’assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) en région. Pour le régime agricole, c’est la MSA qui assure cette gestion.

[**La branche recouvrement**](https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale#collapse_10)

Elle collecte les cotisations et contributions sociales pour les redistribuer au bénéfice des autres branches.

Elle est gérée par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et par l’Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (Urssaf).



**COMPOSITION**

D’un point de vue institutionnel, la Sécurité sociale se compose :

- [**DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE**](http://securite-sociale.fr/Organisation-institutionnelle-des-caisses,929), appartenant à divers régimes (régime général, régime agricole, régime des indépendants, régimes spéciaux).

Elles assurent l’assistance financière pour les différents risques (maladie, famille, retraite, accidents du travail/maladies professionnelles).

Les organismes de Sécurité sociale ont le statut d’organismes de droit privé chargés d’une mission de service public ;

- **DES ORGANISMES DE TUTELLE**. L’État exerce un droit de regard sur la gestion des organismes de Sécurité sociale. La [**Direction de la Sécurité sociale (DSS)**](http://securite-sociale.fr/Presentation-de-la-Direction-de-la-Securite-sociale) assure cette tutelle. Elle est rattachée au ministère des Solidarités et de la Santé et au ministère de l’Action et des comptes publics. Elle conçoit les politiques relatives à la Sécurité sociale, et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d’assurer l’adéquation des prestations de Sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l’équilibre financier des ressources. Elle pilote le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, qui fixe chaque année un objectif de dépense. Elle prépare et suit les Conventions d’objectifs et de gestion (COG), qui déterminent des objectifs à chaque branche ou régime de Sécurité sociale.

La Direction de la Sécurité sociale (DSS) s’appuie sur plusieurs institutions partenaires, notamment :

* la [**Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)**](http://securite-sociale.fr/Missions-de-la-CCSS,258) , dont la mission est d’analyser, chaque année, les comptes de la Sécurité sociale
* la [**Mission d’évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (MECSS)**](http://securite-sociale.fr/Mission-d-evaluation-et-de-controle-de-la-securite-sociale-MECSS), qui joue un rôle important dans l’évaluation et le contrôle des dépenses des organismes en matière budgétaire ou de prestations puisque la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) fixe un objectif de dépense pour chaque exercice budgétaire
* le [**Comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie (COMAM)**](http://securite-sociale.fr/Missions-du-COMAM,248)
* le [**Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM)**](http://securite-sociale.fr/Missions-du-HCAAM,257)
* le [**Comité national de lutte contre les fraudes (CNLF)**](http://securite-sociale.fr/Presentation-du-Comite-national-de-lutte-contre-les-fraudes-a-la-securite-sociale-CNLF)
* le [**Conseil d’orientation des retraites (COR)**](http://securite-sociale.fr/Presentation-du-Conseil-d-orientation-des-retraites-COR)
* le [**Haut Conseil de la famille (HCF)**](http://securite-sociale.fr/Presentation-du-Haut-Conseil-de-la-Famille-HCF)
* [**le Haut conseil de financement de la protection sociale (HCFi-PS)**](http://www.securite-sociale.fr/HCFi-PS)

**Sources :**

[*http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/*](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/)

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

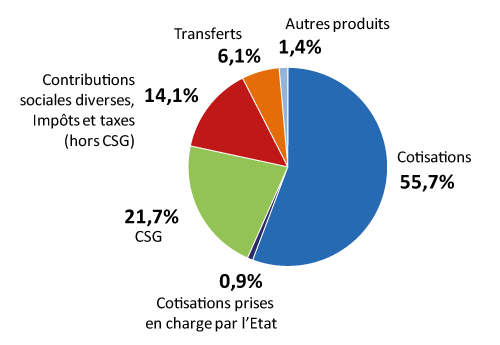
**LE REGIME GENERAL**

**ORGANISATION**

Le régime général repose sur une hiérarchie d'organismes locaux, régionaux et nationaux, structurés par nature de risque, gérés paritairement et placés sous la tutelle des Ministères chargés de la sécurité sociale (Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'économie et des finances).

**FINANCEMENT**

Le régime général de sécurité sociale est financé à environ 80 % par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations (voir le [tableau détaillé des taux](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_francea2.html)).



*Source :* [*Les chiffres clés de la sécurité sociale 2016*](http://www.securite-sociale.fr/Les-chiffres-cles-2016-de-la-securite-sociale-edition-2017) *(p.7)*

**Les cotisations** sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge pour partie de l'employeur, et pour partie du salarié.

**Les impôts et taxes affectés (ITAF)** sont des prélèvements obligatoires explicitement affectés au financement de la protection sociale, parmi lesquels la cotisation sociale généralisée (CSG) qui représente à elle seule plus de la moitié des ITAF.

La loi de financement pour la sécurité sociale en 2018 prévoit une augmentation de 1,7 point du taux de la CSG sur les revenus d'activité, les pensions de retraite, les revenus du patrimoine et les produits de placement. Cette hausse ne concerne pas les allocations de chômage et les indemnités journalières de la sécurité sociale.

**La contribution sociale généralisée (CSG)** et **la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)** sont prélevées sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et des jeux. Les personnes résidant fiscalement en France et à la charge à quelque titre que ce soit d'un régime français obligatoire d'assurance maladie sont soumises à la CRDS et à la CSG.

**ÉTENDUE**

Le régime général couvre les salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce et des services.

Il est organisé en cinq branches :

* [**la branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès**](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html),
* [**la branche accidents du travail et maladies professionnelles**](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france2.html) gérées de manière distincte par la Caisse nationales d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
* [**la branche vieillesse**](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france3.html) gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV),
* [**la branche famille**](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france4.html) gérée par la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
* **la branche cotisations et recouvrement** gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui fédère les Unions de recouvrement de cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui collectent l'ensemble des cotisations et contributions des employeurs.

**LE GOUVERNEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**

[**ROLE DES PARTENAIRES SOCIAUX DANS LE GOUVERNEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/quel-est-role-partenaires-sociaux-gouvernement-securite-sociale.html)

Depuis 1945, trois acteurs jouent un rôle dans le fonctionnement de la Sécurité sociale :

* **Les partenaires sociaux,**
* **La direction salariée des organismes de sécurité sociale**
* **L’état.**

Leurs fonctions, leur positionnement et leurs pouvoirs ont évolué au fil du temps.

Les **partenaires sociaux**, c’est-à-dire les représentants des organisations syndicales patronales et de salariés, sont une composante historique de la direction des organismes. Ils doivent cette position à deux facteurs :

1. Un facteur politique : en 1945, la Sécurité sociale incarne l’espoir des "jours meilleurs" en apportant à la population une couverture des risques maladie, vieillesse et famille. En portant ce projet, les organisations syndicales deviennent le symbole de la Sécurité sociale naissante et vont y jouer un rôle prépondérant en siégeant au sein des conseils d’administration des caisses.

2. Un facteur économique : la Sécurité sociale est financée dès son origine par les cotisations sociales des salariés et des employeurs. Dès lors, la gestion par les cotisants est l’un des fondements de son organisation. Cette gestion n’est cependant pas directe. Elle est déléguée aux organisations syndicales.

Au fil du temps, les partenaires sociaux **ont vu leurs pouvoirs de direction des organismes de Sécurité sociale diminuer**.

Toutefois, siégeant au sein des conseils des organismes, ils restent des acteurs politiques incontournables.

Ils disposent en effet de **nombreuses prérogatives** :

* Ils déterminent, sur proposition du directeur, plusieurs orientations structurantes pour les organismes. C’est le cas, par exemple, du contrat pluriannuel de gestion (CPG) qui fixe une série d’objectifs quantitatifs à atteindre par les organismes. Ces objectifs mesurent les résultats et la performance de la caisse ;
* Ils approuvent, sur proposition du directeur, le budget de gestion et d’intervention. Le conseil peut s’opposer à ce budget par un vote à la [**majorité qualifiée**](http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/majorite-qualifiee.html) ;
* Ils délibèrent également sur des orientations politiques importantes. Ainsi, dans les caisses primaires d’assurance maladie, les orientations de la politique d’action sanitaire et sociale, ainsi que celles fixant les relations avec les usagers, sont mises en délibéré.

Par ailleurs, les conseillers siègent dans de nombreuses commissions ayant un impact sur les bénéficiaires. On peut citer, par exemple, la commission de recours amiable (CRA) qui gère et traite les litiges avec les assurés ou les allocataires.

[**ROLE DE LA DIRECTION SALARIEE DES ORGANISMES DANS LE GOUVERNEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/quel-est-role-direction-salariee-organismes-gouvernement-securite-sociale.html)

La direction salariée des organismes de Sécurité sociale est l’un des trois acteurs qui participent au [gouvernement](http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/gouvernement.html) de la Sécurité sociale, à côté des partenaires sociaux et de l’État. Le rôle de ces différents acteurs, leur positionnement et leurs pouvoirs ont évolué au fil du temps.

Les besoins en gestion et en management des organismes de Sécurité sociale se sont accentués au fur et à mesure que l’action des caisses s’est étendue, tant au niveau des prestations, des actions menées que des publics couverts. Cela a conduit au renforcement du rôle des directions salariées, et notamment des directeurs et des agents comptables.

Ces derniers, comme l’ensemble des agents de direction des caisses, sont formés par l’École nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S) qui leur offre un socle commun de compétences fortement axé sur le management et la gestion, ainsi qu’une connaissance approfondie du système de protection sociale.

Les directeurs disposent aujourd’hui d’un rôle central dans les organismes de Sécurité sociale, formant une direction "salariée" qui travaille en lien avec la direction plus "politique" qu’incarnent les conseillers.

Ainsi, parmi ses attributions, le **directeur** :

* a autorité sur le personnel ;
* fixe les conditions de travail ;
* nomme aux emplois, procède aux licenciements, règle les avancements et assure la discipline ;
* préside le Comité d’entreprise (CE) et le Comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
* représente juridiquement l’organisme ;
* engage les dépenses, constate les créances et les dettes ;
* émet les ordres de recettes ;
* soumet chaque année au conseil le projet de budget de l’organisme ;
* signe le contrat pluriannuel de gestion.

De son côté, l’**agent comptable**, placé sous l’autorité administrative du directeur :

* est chargé sous sa propre responsabilité de l’ensemble des opérations financières de l’organisme ;
* est chargé de la tenue de la comptabilité ;
* retrace dans les comptes les droits et obligations de l’organisme ;
* établit le plan de contrôle de l’organisme.

**ROLE DE L’ÉTAT DANS LE GOUVERNEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**

L’État est, à côté de la direction salariée des organismes et des partenaires sociaux, l’un des trois acteurs du [**gouvernement**](http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/gouvernement.html) de la Sécurité sociale depuis son instauration en 1945.

Placé dès l’origine en position de tutelle, l’État **intervient à tous les stades de l’activité d’un organisme de Sécurité sociale**. Par ailleurs, toutes ses composantes sont mobilisées, que ce soit le pouvoir exécutif ou le pouvoir législatif.

Du côté de l’exécutif, la **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** joue un rôle important. Dépendant à la fois du [**ministère**](http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/ministere.html) en charge de la santé et des affaires sociales et du ministère en charge de l’économie et des finances, la DSS élabore et met en œuvre la politique relative à la Sécurité sociale et assure la tutelle de l’ensemble de ses organismes. Elle veille à l’adéquation des prestations avec les besoins de la population et au respect de l’équilibre financier des régimes.

Du côté du pouvoir législatif, l’**Assemblée nationale** et le **Sénat** exercent un pouvoir d’orientation mais également de contrôle via les commissions des Affaires sociales. Ils débattent chaque année de la politique en matière de Sécurité sociale. Ils se prononcent par ailleurs sur les prévisions de recettes et de dépenses et votent les lois de financement de la Sécurité sociale ([**LFSS**](http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/lfss.html)).

Les deux principaux modes d’intervention de l’État sont :

* l’**orientation des politiques sociales** au travers, par exemple, du vote des LFSS, de la signature des conventions d’objectifs et de gestion (COG) et des programmes de qualité et d’efficience (PQE), ainsi que de l’élaboration des textes réglementaires qui encadrent le fonctionnement des organismes ;
* le **contrôle** et l’**évaluation de l’activité des organismes de Sécurité sociale** par les corps de contrôle : Mission nationale de contrôle (MNC), Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), Cour des Comptes. Parallèlement, l’Assemblée nationale et le Sénat disposent également de leur corps de contrôle par le biais des missions d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS).

**Sources :**

[*http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/*](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/) *https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\_france0.html*

[*https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\_france1.html*](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html)

**LA BRANCHE RETRAITE**

L’ensemble des régimes obligatoires de base ou complémentaires de retraites fonctionne en France sur le mode de la répartition.

Les régimes redistribuent au cours d’une année, sous forme de pensions versées aux retraités, les cotisations encaissées la même année auprès des actifs.

**UN SYSTEME FONDE SUR LA REPARTITION**

Si les règles des différents régimes de retraite en France répondent à des conceptions différentes, elles reposent toutefois sur des principes communs.

**Tous les régimes obligatoires, à des degrés divers, intègrent des mécanismes de solidarité :**

* Solidarité entre les générations, puisqu’ils sont en répartition,
* Solidarité à l’intérieur d’une même génération, dans la mesure où ils organisent de larges redistributions entre les différentes catégories socio-professionnelles et les sexes.

Ces principes de solidarité s’exercent à la fois au sein des régimes, entre les régimes, et au-delà des régimes au niveau national.

**Au sein des régimes, quatre mécanismes interviennent :**

* le taux de cotisation n’est pas modulable en fonction des écarts d’espérance de vie. Le système s’éloigne donc d’une logique de pure assurance,
* les aléas de carrière sont pondérés dans les régimes de base surtout, avec l’attribution d’un minimum de pension et la prise en compte de périodes peu ou pas travaillées,
* le calcul des pensions intègre les avantages liés à la famille,
* tous les régimes attribuent, avec ou sans condition de ressources, des pensions de réversion au conjoint survivant.

**Entre les régimes, il existe :**

* des transferts, et donc une solidarité, entre les régimes de base,
* des mécanismes de coordination inter-régimes.

**La solidarité au niveau national prend différentes formes :**

* une pension minimum (le minimum vieillesse) attribuée à toutes les personnes âgées qui disposent de faibles ressources,
* des subventions de l’Etat attribuées à certains régimes : exploitants agricoles, SNCF, RATP, mines, marins …
* diverses taxes affectées aux régimes de retraite ;
* le fonds de solidarité vieillesse (FSV) verse le minimum vieillesse et certains avantages familiaux. Il verse aussi des cotisations au titre du service militaire, du chômage et de la préretraite.

**Le système de retraite en France est organisée en trois niveaux :**

* un régime de base obligatoire,
* un régime complémentaire souvent obligatoire,
* un régime facultatif.

**Sources :**

[*http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/*](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/gouvernement-securite-sociale/)

**LES CAISSES D’ALLOCATIONS FAMILIALES**

**GENESE DE LA BRANCHE FAMILLE**

Créée en 1945, la branche Famille est l’une des quatre composantes du régime général de la Sécurité sociale, avec la Maladie, la Vieillesse et le Recouvrement.

Elle constitue un des principaux acteurs de la politique familiale française qui mobilise environ 4 % du Pib soit plus de 82 milliards d’euros ; un des taux les plus importants au monde.

Dans l’immédiat après-guerre, son objectif est d’améliorer le niveau de vie des familles, de faciliter leur accès à un logement de qualité, d’atténuer les inégalités de revenus (prestations sous condition de ressources) et d’accompagner le mouvement de reprise démographique (le baby-boom).

**ORGANISATION DE LA BRANCHE**

La "branche Famille" de la Sécurité sociale repose pour le régime général sur un réseau formé par la caisse nationale des Allocations familiales (CNAF) et l’ensemble des caisses d’Allocations familiales au niveau local (Caf). Les prestations familiales du régime agricole sont gérées par la MSA.

Le risque Famille est gérée par certains régimes spéciaux : la Caisse nationale des Industries Electriques et Gazières (CNIEG), les Caisses de prévoyance et de retraite de la SNCF et de la RATP.

**LA BRANCHE FAMILLE ET SES RELATIONS AVEC L’ETAT (GOUVERNANCE)**

La branche Famille est organisée en un réseau de 103 caisses d’Allocations familiales (CAF) départementales couvrant tout le territoire, avec une Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF) située à Paris.

Tous les cinq ans, la Caisse nationale des Allocations familiales signe avec l’État une Convention d’objectifs et de gestion (COG) dans laquelle sont fixés, d’une part, les objectifs à remplir et les indicateurs pour les évaluer, d’autre part, les moyens dont disposeront les caisses d’Allocations familiales et la Caisse nationale ainsi que le taux d’évolution du budget d’action sociale.

Cette Convention d’objectifs et de gestion nationale est déclinée par chaque caisse d’Allocations familiales, en fonction de sa situation et de ses spécificités territoriales.

Chaque année, le budget de la branche Famille est voté par le Parlement dans le cadre de loi de financement de la Sécurité sociale.

**Actuellement, la branche Famille de la sécurité sociale a deux missions prioritaires :**

• Aider les familles dans leur vie quotidienne, faciliter, en particulier, la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ;

• Développer la solidarité envers les plus vulnérables, dont les personnes handicapées.

**Pour remplir ces missions, elle s’appuie sur deux leviers :**

• Le versement de prestations financières aux familles (prestations familiales et sociales, aides au logement et minima sociaux comme l’aide aux adultes handicapés et le revenu de solidarité active) ;

• L’accompagnement des familles et la mise en place ou le cofinancement de différents services et équipements collectifs qui leur sont destinés (comme les crèches).

**STATUT JURIDIQUE DE LA CNAF ET DES CAF**

Une Caisse d’allocations familiales (Caf) est un représentant local de la [Caisse nationale des allocations familiales](https://fr.wikipedia.org/wiki/Caisse_nationale_des_allocations_familiales) (CNAF), qui forme la branche « famille » de la [Sécurité sociale française](https://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9curit%C3%A9_sociale_en_France).

Chaque Caf est un organisme de [droit privé](https://fr.wikipedia.org/wiki/Droit_priv%C3%A9) à compétence territorialechargé de verser aux particuliers des aides financières à caractère familial ou social, dans des conditions déterminées par la loi, dites prestations légales.

Chaque Caf assure en outre, à l’échelle locale, une action sociale essentiellement collective par une assistance technique et des subventions à des acteurs locaux de la vie sociale (mairies, crèches, [MJC](https://fr.wikipedia.org/wiki/Maison_des_jeunes_et_de_la_culture), centres de loisirs, etc.).

Chacune est dotée d’un conseil d’administration composé de représentants des employeurs, des syndicats de salariés, des associations familiales et de personnalités qualifiées.

La Caisse nationale des Allocations familiales est un établissement public sous tutelle de l’État. Elle est dotée, comme les Caf, d’un conseil d’administration. Elle remplit un rôle de pilotage et d’animation du réseau des Caf et d’interface avec l’État.

**LES RECETTES ET LES DEPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE**

**Les recettes**

Le financement de la branche Famille provient principalement :

* des cotisations versées par les employeurs,
* d’impôts et de taxes,
* du remboursement de certaines prestations qu’elle verse :
  + pour le compte de l’État (AAH, Prime d’activité, aides au logement pour les ménages sans enfant)
  + pour le compte des départements (RSA).

**Les dépenses**

Plus des deux tiers des dépenses bénéficient aux familles ;

Un tiers est versé aux ménages vivant en situation de précarité (sans enfant à charge pour la plupart d’entre eux).

Dans ce second cas, les Caf gèrent les prestations pour le compte de l’État et des départements qui leur remboursent ces dépenses.

**BILAN FINANCIER**

Evolution du solde de la branche famille du régime général:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | 1998 | **2000** | **2002** | 2004 | 2006 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | **2013** | 2014 | 2015 | **2016** |
| **Solde**  ***(en milliards d’euros)*** | -0,2 | **1,5** | **1** | -0,4 | -0,9 | -0,3 | -1,8 | -2,7 | -2,6 | -2,5 | **-3,2** | -2,7 | -1,5 | **-1,0** |

**MISSIONS**

Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu’à la population non active incombe aux caisses d’allocations familiales.

Cette disposition est étendue aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l’État, domiciliés dans les départements d’outre-mer.

Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l’État.

Les missions des CAF s'orientent autour de quatre grands axes qui sont :

* **La petite enfance,**
* **L'enfance et la jeunesse,**
* **Le logement et le cadre de vie**
* **La solidarité et l'insertion.**

**ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

**Le Conseil d’Administration**

Chaque caisse d’allocations familiales est administrée par un conseil d’administration de 24 membres (26 dans les [DOM](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partement_d%27outre-mer)), renouvelé tous les cinq ans et comprenant :

* 8 représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;
* 8 représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :
  + - 5 représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d’employeurs représentatives ;
    - 3 représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;
* 4 représentants des associations familiales désignés par l’union départementale des associations familiales
* 4 personnes qualifiées dans les domaines d’activité des caisses d’allocations familiales et désignées par l’autorité compétente de l’État ;
* 2 représentants des exploitants agricoles dans les [DROM](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partement_d%27outre-mer).
* Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret ainsi que le directeur et l’agent comptable de l’organisme.

**Le conseil d’administration** établit les statuts et le règlement intérieur de l’organisme, vote les budgets, contrôle l’application des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l’exécution de ses propres décisions, nomme les agents de direction, notamment un directeur et un agent comptable qui sont indispensables, approuve (ou non) les comptes de l’organisme. Il élit en son sein un président, dont le mandat est limité à un seul renouvellement, et peut désigner des commissions auxquelles il délègue une partie de ses attributions (par exemple : [**commission de recours amiable**](https://fr.wikipedia.org/wiki/Commission_de_recours_amiable), commission des marchés, commission sociale, commission logement).

**La direction de la CAF**

Pour être nommés directeur ou agent comptable, les postulants doivent figurer sur une liste d’aptitude établie annuellement et publiée au journal officiel et avoir reçu l’agrément de l’autorité compétente (services ministériels).

**Le directeur**

Le directeur assure le fonctionnement de l’organisme, il a compétence exclusive en matière de personnel et d’organisation du travail, il est l’ordonnateur des dépenses et des recettes et constate les [créances](https://fr.wikipedia.org/wiki/Cr%C3%A9ance) et les [dettes](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dette).

**L’agent comptable**

L’agent comptable, placé sous l’autorité administrative du directeur, est [responsable](https://fr.wikipedia.org/wiki/Responsabilit%C3%A9) personnellement et pécuniairement des opérations d’encaissement et de paiement. Il établit les comptes de l’organisme qui sont ensuite arrêtés par le directeur et soumis à l’approbation du conseil d’administration.

**LISTE DES CAF**

Il existe 102 caisses d’allocations familiales sur le territoire français, soit une par [département](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partement_fran%C3%A7ais) (sauf exception), contre 123 avant la Convention d’objectifs et de gestion 2009-2012, signée entre l’État et la CNAF, fixant une réduction du nombre des Caf à une seule par département pour fin 2011.

Parmi les fusions, on trouve les différentes caisses du [Nord](https://fr.wikipedia.org/wiki/Nord_(d%C3%A9partement_fran%C3%A7ais)), (8 caisses auparavant), de la [Seine-Maritime](https://fr.wikipedia.org/wiki/Seine-Maritime) (4 caisses auparavant) en octobre et novembre 2011, de l'[Aisne](https://fr.wikipedia.org/wiki/Aisne_(d%C3%A9partement)), de l'[Ardèche](https://fr.wikipedia.org/wiki/Ard%C3%A8che_(d%C3%A9partement)), du [Doubs](https://fr.wikipedia.org/wiki/Doubs_(d%C3%A9partement)), du [Finistère](https://fr.wikipedia.org/wiki/Finist%C3%A8re), de l'[Hérault](https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9rault_(d%C3%A9partement)), de l'[Isère](https://fr.wikipedia.org/wiki/Is%C3%A8re_(d%C3%A9partement)), de la [Loire](https://fr.wikipedia.org/wiki/Loire_(d%C3%A9partement)), du [Maine-et-Loire](https://fr.wikipedia.org/wiki/Maine-et-Loire), du [Rhône](https://fr.wikipedia.org/wiki/Rh%C3%B4ne_(d%C3%A9partement)), de l'[Oise](https://fr.wikipedia.org/wiki/Oise_(d%C3%A9partement)) et du [Pas-de-Calais](https://fr.wikipedia.org/wiki/Pas-de-Calais).

**LES PRESTATIONS LEGALES**

Les caisses d’allocations familiales versent les prestations suivantes :

**Naissance, adoption, garde d’enfant**

* + [Prestation d’accueil du jeune enfant](https://fr.wikipedia.org/wiki/Prestation_d%27accueil_du_jeune_enfant) (PAJE), subdivisée en quatre volets : (Prime à la naissance (ou à l’adoption), Allocation de base (AB), Complément de libre choix du mode de garde (CMG), Complément de libre choix d’activité (pour les familles ayant un ou plusieurs enfant(s) né(s) avant le 1er janvier 2015), Prestation Partagée d’Éducation de l'Enfant (pour les familles ayant un ou plusieurs enfant(s) né(s) après le 1er janvier 2015)

**Enfants**

* + [Allocations familiales](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocations_familiales#En_France) (AF)
  + [Complément familial](https://fr.wikipedia.org/wiki/Compl%C3%A9ment_familial) (CF)
  + Allocation journalière de présence parentale (AJPP)

**Rentrée**

* + [Allocation de rentrée scolaire](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocation_de_rentr%C3%A9e_scolaire_(France)) (ARS)

[**Logement**](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocations_logement)

* + Aide personnalisée au logement (APL)
  + Allocation de logement sociale (ALS)
  + Allocation de logement familiale (ALF)
  + Prime de déménagement
  + Prêt à l’amélioration de l’habitat

**Parents isolés ou séparés**

* + [Allocation de soutien familial](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocation_de_soutien_familial) (ASF)
  + Recouvrement des pensions alimentaires (assistance pour le recouvrement d’une pension alimentaire impayée.)

**Enfants et adultes handicapés**

* + [Allocation d’éducation de l’enfant handicapé](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocation_d%27%C3%A9ducation_de_l%27enfant_handicap%C3%A9) (AEEH)
  + [Allocation aux adultes handicapés](https://fr.wikipedia.org/wiki/Allocation_aux_adultes_handicap%C3%A9s) (AAH)

**Insertion**

* + [Revenu de solidarité active](https://fr.wikipedia.org/wiki/Revenu_de_solidarit%C3%A9_active) (RSA) depuis le 1er juin 2009
  + [Prime d'activité](https://fr.wikipedia.org/wiki/Prime_d%27activit%C3%A9) (PPA) depuis le 1er janvier 2016

**L’ACTION SOCIALE DES CAF**

**La politique d’accueil des jeunes enfants.**

En partenariat avec les acteurs locaux (collectivités locales, associations, entreprises), la branche Famille joue un rôle important dans la politique d’accueil des enfants de moins de trois ans :

• Elle verse aux gestionnaires d’établissements d’accueil des jeunes enfants des aides à l’investissement et au fonctionnement ;

• Elle signe des contrats de développement avec les collectivités locales et les entreprises ;

**La vie sociale locale**

Avec sa politique d’action sociale, à laquelle elle consacre plus de 5 milliards d’euros chaque année, la branche Famille contribue non seulement au développement des modes d’accueil des jeunes enfants mais également à la vie sociale locale.

Elle organise ou cofinance avec les collectivités locales, les associations sans but lucratif et plus rarement avec les entreprises :

• **Des activités de loisirs** pendant les temps libres et les vacances des enfants et des jeunes ;

**• Des actions d’accompagnement des parents** (lieux d’accueil enfants-parents, médiation familiale, accompagnement à la scolarité, rencontres avec d’autres parents, etc.) ;

**• Des actions et équipements contribuant à la vie sociale locale** (centres sociaux, animation en milieu rural, etc.) ; un observatoire permanent de l’animation de la vie sociale est en expérimentation depuis 2011 ;

• **L’accompagnement social de familles en difficulté** (soutien des associations d’aide au foyer, travailleurs sociaux des Caf, etc.) ;

**• Des aides aux familles en matière de logement** (prévention des expulsions, aides en cas d’impayés de loyers, lutte contre l’indécence du logement, etc).

(Sources :

[*http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Quisommesns/plaquette%20branche%20Famille.pdf*](http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Quisommesns/plaquette%20branche%20Famille.pdf)

[*https://fr.wikipedia.org/wiki/Caisse\_d%27allocations\_familiales\_(France)*](https://fr.wikipedia.org/wiki/Caisse_d%27allocations_familiales_(France))

**L’ASSURANCE MALADIE DU REGIME GENERAL**

Pour mener à bien ses missions liées à la maladie et aux risques professionnels, l’Assurance Maladie s’appuie sur un réseau étendu. Composé de 156 organismes aux fonctions et domaines d’intervention complémentaires, il se déploie au niveau national, régional et local partout en France.

**102 CAISSES PRIMAIRES D’ASSURANCE MALADIE (CPAM)**

Les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles jouent un rôle essentiel pour assurer les relations de proximité avec les publics de l’Assurance Maladie. Parmi leurs nombreuses missions, on trouve :

* L’affiliation des assurés sociaux et la gestion de leurs droits à l’assurance maladie ;
* Le traitement des feuilles de soins et des prestations d’assurance maladie : remboursement des soins, paiement des indemnités journalières ou encore avance des frais médicaux aux bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
* Le traitement des demandes de pensions d’invalidité et leur versement ;
* L’instruction des déclarations d’accident du travail ou de maladies professionnelles - en lien avec le service médical de l’assurance maladie – et l’indemnisation des victimes ou de leur ayants-droits (soins médicaux, indemnités journalières ou rentes en cas d‘incapacité) ;
* L’application d’un plan d’action annuel sur la gestion du risque, en relation avec les professionnels de santé ;
* Le développement d’une politique de prévention et de promotion de la santé (dépistage des cancers, des déficiences, etc.) Pour cela, l’assurance maladie s’appuie sur un réseau de 89 centres d’examen de santé qui proposent aux assurés des actions de prévention individualisées selon l’âge et les facteurs de risque ;
* La mise en œuvre d’une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés - en collaboration avec le service social des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) - et des aides collectives au profit d'associations ;
* L’organisation des visites des délégués de l’assurance maladie chez les professionnels de santé ;
* Le développement d’actions pour prévenir la désinsertion professionnelle à travers des cellules pluridisciplinaires regroupant les compétences des différents organismes (CPAM, Carsat, ELSM/DRSM) : service social, médical, prestations, etc.

**16 CAISSES REGIONALES (CARSAT ET CRAMIF)**

Les Carsat (caisses régionales d’assurance retraite et de la santé au travail), et la CRAMIF (caisse régionale d’Assurance Maladie d’Ile-de-France) sont en charge pour le compte des branches Assurance Maladie et Assurance Maladie – Risques professionnels de 3 missions pour lesquelles elles sont rattachées à la Cnam :

**La prévention des risques professionnels**

Elles développent et coordonnent la prévention des risques professionnels sur leur territoire en lien avec les parties prenantes et acteurs de la santé au travail en région. Les ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité accompagnent les entreprises dans leur démarche de prévention par des interventions directes sur les lieux de travail. Ils disposent de moyens spécifiques tels que le droit d’entrer dans les entreprises ou de demander toute mesure justifiée de prévention, d’accorder des minorations ou majorations de cotisation. Ils peuvent également proposer des actions de formation et des aides financières pour investir dans la prévention.

**La tarification des risques professionnels**

Les services tarification des caisses régionales calculent et notifient le taux de cotisation des accidents du travail et des maladies professionnelles pour chacun des 2 millions d’établissements des secteurs de l’industrie, du commerce et des services.

**L’accompagnement des assurés en difficulté (service social)**

Le service social de l’Assurance Maladie est géré au niveau régional par les Carsat. Il propose un accompagnement de tout assuré fragilisé par une maladie, un accident ou un handicap. Ses principales missions sont de favoriser l’accès aux soins, d’accompagner les assurés en sortie d’hospitalisation, de favoriser le maintien en emploi et de prévenir la perte d’autonomie. Les assistants de service social accueillent les assurés en toute confidentialité dans les locaux des CPAM et peuvent également se déplacer à domicile.

À noter : les Carsat dépendent de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés pour leur principale mission : le versement des pensions aux retraités de l’industrie, des services et du commerce.

Depuis 2017, ces organismes sont également en charge de la gestion des comptes professionnels de prévention (ancien compte pénibilité).

**20 DIRECTIONS REGIONALES DU SERVICE MEDICAL (DRSM)**

Le service du contrôle médical dispose d'un échelon local auprès de chaque caisse d'assurance maladie. Il est constitué de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnel administratif.

**Acteur médical de la gestion du risque, le service du contrôle médical :**

* Conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins ;
* Accompagne les assurés et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des affections de longue durée (ALD) ;
* Analyse et contrôle les demandes de prestations des patients et les activités des professionnels et établissements de santé ;
* Contrôle la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales ;
* Réalise des études ;
* Participe à la reconnaissance du caractère professionnel de l’accident ou de la maladie ;
* Evalue les séquelles suite à un accident ou à une maladie liés au travail à l’aide d’un barème spécifique et fixe le taux d’incapacité permanente qui donne droit à une indemnisation.

**4 CAISSES GENERALES DE SECURITE SOCIALE (CGSS) ET 1 CAISSE DE SECURITE SOCIALE (CSS)**

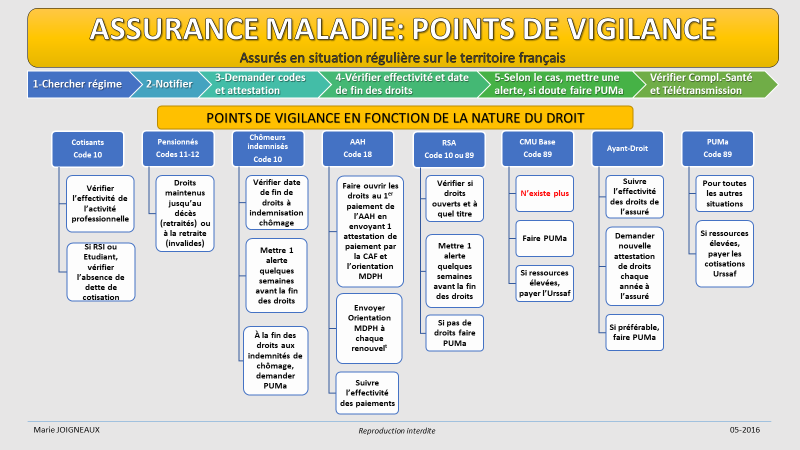
Dans les départements d’outre-mer - Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion et Mayotte - on ne trouve pas de CPAM mais des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ou caisse de sécurité sociale (CSS) dans le cas de Mayotte. Celles-ci regroupent tous les services de la Sécurité sociale : assurance maladie et risques professionnels, mais aussi assurance retraite, recouvrement des cotisations de sécurité sociale et allocations familiales.

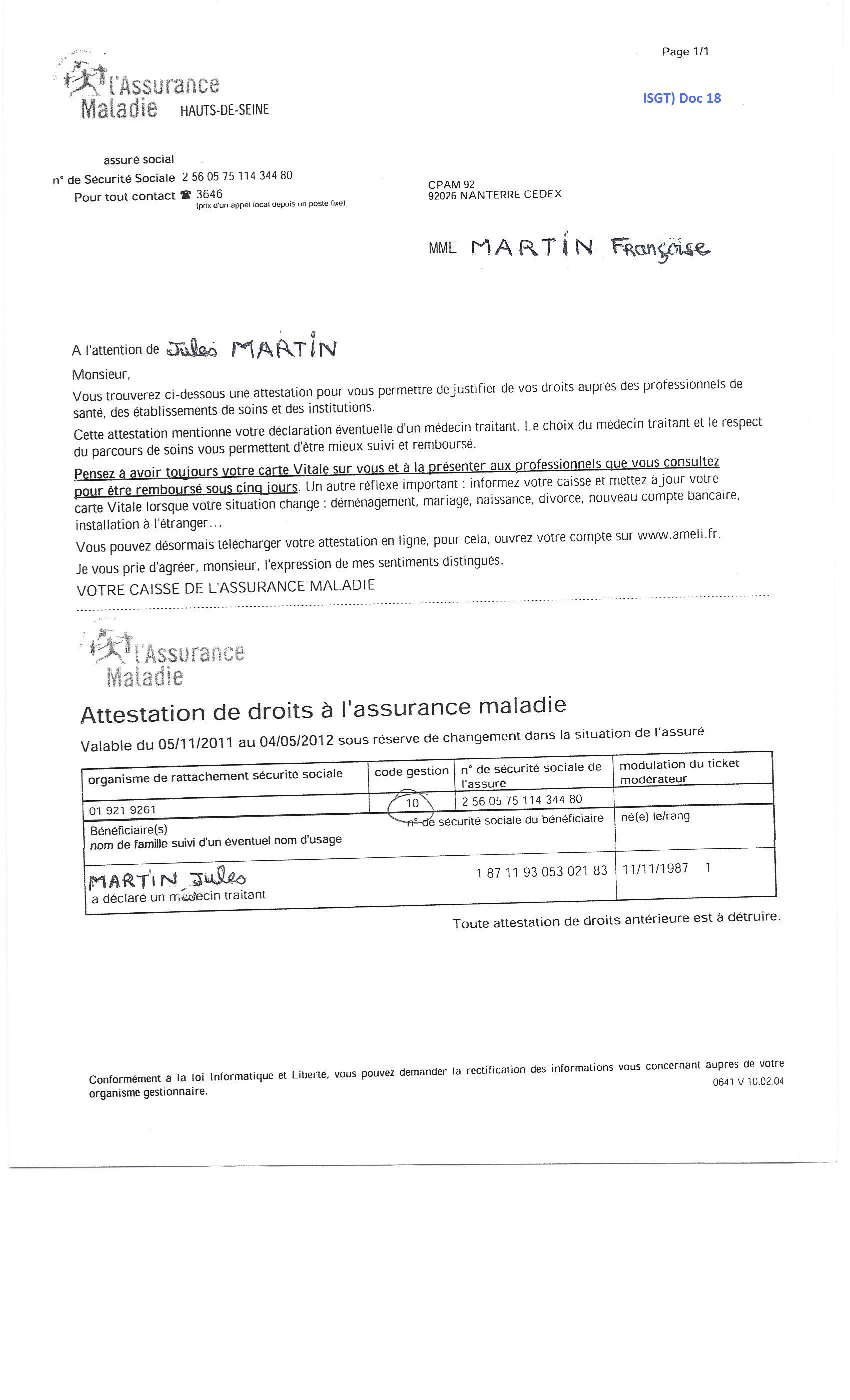
**13 UNIONS DE GESTION DES ETABLISSEMENTS DE CAISSE D’ASSURANCE MALADIE (UGECAM)**

Ces unions régionales gèrent les 225 établissements sanitaires et médico-sociaux de l’Assurance Maladie. Elles le font en conformité avec les dispositifs de planification sanitaire et médico-sociale et les priorités fixées par les Agences régionales de santé (ARS). Elles sont regroupées au sein du Groupe UGECAM, premier opérateur de santé privé à but non lucratif. Celui-ci est expert dans des domaines pointus : grands brûlés, obésité infantile, traumatismes crâniens et orthopédiques, pathologies médullaires, amputations.

Source :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/organisation/reseau-proximite>





**LES AUTRES CAISSES D’ASSURANCE MALADIE**

**LE CODE D’ORGANISME DE RATTACHEMENT**

Le code d’organisme de rattachement permet de distinguer les différentes caisses d’assurance maladie entre elles. C’est pourquoi il doit être indiqué lors de certaines démarches comme le remplissage d’un arrêt maladie ou la mise en place de la télétransmission entre la mutuelle et la sécurité sociale.

Ce numéro d’affiliation est modifié en cas de changement de régime d’assurance maladie et de déménagement dans un autre département.

Ce **numéro composé de 9 chiffres** permet de déterminer la caisse d’assurance maladie dont dépend l’assuré.

Les deux premiers chiffres correspondent au [régime d’assurance maladie](https://www.adpassurances.fr/particuliers-salaries/guide-mutuelles/les-differents-regimes-de-la-securite-sociale-cnam-rsi-msa.html) applicable à l’assuré.

Parmi les principaux codes régimes :

* 01 : Régime général
* 02 : Régime agricole
* 03 : RSI ou caisse des indépendants
* 04 : SNCF
* 05 : RATP
* 08 : Militaires de carrière
* 17 : Caisse des Français de l'étranger
* 91 : Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)
* 95 : Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)
* 99 : Autres mutuelles

Les trois chiffres suivants forment le **code caisse** et indiquent le numéro du département ainsi que le numéro de la caisse. Par exemple, 441 signifie qu’il s’agit de la caisse principale de Loire-Atlantique (44).

Les 4 derniers chiffres composent le **code centre**.

Source :

[*https://www.adpassurances.fr/seniors/guide-sante-des-seniors/code-dorganisme-de-rattachement-comment-le-trouver.html*](https://www.adpassurances.fr/seniors/guide-sante-des-seniors/code-dorganisme-de-rattachement-comment-le-trouver.html)

**CODES GESTION ASSURANCE MALADIE**

1. **Salarié / Chômeur indemnisé**

T1 Agent Actif RATP

1. **Retraité**
2. **Invalidité**
3. Grand Invalide de guerre

**18 AAH**

1. FMP
2. EDF -GDF

25 Etudiant

29 Mutuelle Compl Ville de Paris, Assist. Publique,

MGEN Adm. Annexes (centre 602)

30 Retraité collectivités locales

32 Retraité / Invalide collectivités locales

34 Artiste – Auteur

40 Assuré volontaire

85 AVIP (Assurance Volontaire Invalidité Parentale)

**89 PUMa** *(ex CMU de Base)*

90 Praticien auxiliaire médical

**LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMa)**

**PRINCIPE :**

La Protection Universelle Maladie (PUMa) a été instituée par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, en parachevant la réforme initiée en 1999 avec la création de la CMU.

Cette réforme **garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.**

Ainsi, l’affiliation à un régime d’assurance maladie est obtenue dès lors que :

* La personne exerce une activité professionnelle,

Ou :

* Qu’elle réside en France plus de six mois par an de façon régulière.

La PUMa simplifie les conditions d'ouverture de droits :

* **Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale**, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les droits sont ouverts dès la première heure travaillée et sans délai de présence ;
* **Les personnes sans activité professionnelle**, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois au moment de la demande ;
* Les assurés peuvent rester dans leur régime d'assurance maladie même en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle ;
* La protection universelle maladie s'adressant à toutes les personnes majeures, **le statut d'ayant droit disparaît pour les 18 ans et plus**. Ainsi, toute personne ayant droit majeur peut, demander son affiliation en tant qu'assuré ;
* Toutes les personnes étant désormais couvertes du fait de leur activité professionnelle ou de leur résidence en France, **la CMU de base disparaît**.

**Les bénéficiaires**

Depuis le 1er janvier 2016, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière relève de la protection maladie universelle et bénéficie à ce titre du droit à la prise en charge de ses frais de santé :

* **Les personnes qui travaillent** n’ont plus à justifier d’une activité minimale, seul l’exercice d’une activité professionnelle est pris en compte.
* **Les personnes sans activité professionnelle**, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France, à savoir résider en France depuis au moins 3 mois à l’ouverture des droits puis au moins 6 mois par an.
* **N.B. : Le régime de Protection Universelle Maladie ne s’applique pas aux Européens Inactifs**

**Assures sur criteres de residence**

**Les personnes assurées sur critères de résidence** doivent, pour faire valoir leurs droits, adresser le formulaire de **« Demande d’ouverture de droits à l’Assurance maladie »** (Réf. 736 CNAMTS), à la CPAM de leur lieu de résidence accompagné d’un RIB, d’un justificatif de domicile et d’une pièce d’identité.

**Elles sont redevables d’une cotisation dès lors que leurs revenus dépassent un seuil fixé à 9 654 €** *(Impôts de 2017 sur les Revenus de 2016).*

Le montant de la cotisation est calculé et recouvré annuellement par l’URSSAF sur la base des déclarations de revenus enregistrées par l’administration fiscale.

**La cotisation s’élève à 8% des revenus de l’année précédente.**

Les informations servant à déterminer si l’assuré a (ou non), à payer la cotisation sont directement transmises par l'administration fiscale (d’où l’importance d’avoir fait une déclaration de revenus).

**ASSURES DU FAIT DE LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

La protection universelle maladie garantit aux personnes qui ont une activité professionnelle, un droit à la prise en charge de leurs frais de santé en simplifiant leurs démarches. Il n’est plus nécessaire d’apporter des justificatifs pour faire valoir ses droits à l'assurance maladie.

La réforme permet aussi de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans les droits sont ainsi évitées.

**La suppression progressive du statut d'ayant droit**

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit.

Ainsi, **pour les 18 ans et plus**, la notion **d'ayant droit** **disparaît**. Seuls **les mineurs** continuent **d'avoir le statut d'ayant-droit**.

**Le statut d’ayant droit pour les personnes majeures sera définitivement supprimé au plus tard le 31/12/2019.**

Ainsi, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou **dès 16 ans à sa demande**). Elle peut choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte Améli.

**À noter** : Pendant la période transitoire, les actuels ayants droit majeurs d'un assuré, continuent à bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé sans aucun changement. Ceux qui le souhaitent, peuvent dès à présent demander leur affiliation en tant qu'assuré sur critère de résidence auprès de leur caisse d'assurance maladie.

Les changements de situation personnelle n'auront plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle, ce qui garantit une plus grande autonomie. En effet, en cas de mariage, de séparation ou de veuvage, l'assuré continuera d'avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.

**LES SITUATIONS PARTICULIERES**

* **En cas de perte d’activité**

L’assuré conserve le même régime d’assurance maladie. Les changements de situation n’ont pas d’incidence, ce qui garantit la continuité des droits et le secret professionnel.

Il est également possible de rejoindre le régime d’assurance du conjoint actif en demandant le formulaire de droit d’option auprès de la caisse concernée.

* **Conjoint sans activité**

Les personnes actuellement ayant droit d’un assuré peuvent conserver ce statut jusqu’au 31 décembre 2019. Elles deviendront ensuite assurées à titre personnel. Elles peuvent aussi faire la demande avant cette date butoir auprès de leur caisse pour avoir le nouveau statut.

Toute personne assurée à titre personnel reçoit un décompte de remboursement individuel et perçoit ses remboursements sur son propre compte bancaire.

En cas de changement d’activité professionnelle du conjoint, il est possible de rejoindre son nouveau régime d’assurance grâce à l’aide d’un formulaire de droit d’option à demander à l’organisme d’assurance maladie concerné.

* **A 18 ans**

Dès 18 ans, toute personne devient assurée à titre personnel.

Les personnes majeures actuellement ayant droit d’un assuré peuvent conserver ce statut jusqu’au 31 décembre 2019. Elles deviendront ensuite assurées à titre personnel. Elles peuvent aussi faire la demande avant cette date butoir auprès de leur caisse pour avoir le nouveau statut.

Toute personne assurée à titre personnel reçoit un décompte de remboursement personnel et perçoit ses remboursements sur son propre compte bancaire.

Seuls les mineurs continuent d’avoir le statut d’ayants droit.

* **Pour les retraités**

Les retraités continuent de dépendre du régime dans lequel ils se sont ouvert des droits.

**Les retraités actifs** sont pris en charge par le régime dont ils relèvent au titre de leur activité professionnelle si celle-ci leur ouvre des droits. Sinon, ils sont rattachés au régime qui leur verse la pension.

**Les retraités recevant plusieurs pensions** (poly-pensionnés) sont pris en charge par le dernier régime auquel ils ont cotisé, ou, sur option, par tout autre régime auquel ils ont cotisé durant leur carrière.

* **Carte Vitale**

Il est possible d'avoir une carte Vitale dès l'âge de 12 ans. Une demande doit être faite auprès de l’organisme chargé du versement des prestations maladie. Les enfants restent ayant droit de leurs parents jusqu’à leur majorité.

* **CMU-Complémentaire**

La mise en place de la Protection Universelle Maladie ne modifie pas la CMU complémentaire, ni son principe, ni ses règles d’attribution.

* **Enfants de parents séparés**

Pour faciliter la prise en charge des soins des enfants vivant dans des familles séparées ou recomposées, les parents peuvent demander une carte vitale pour leur enfant à partir de 12 ans.

**PROCEDURE DE DEMANDE D’AFFILIATION A LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE SUR CRITERES DE RESIDENCE**

* **Étape 1 :** Remplir le formulaire : N° 736.cnamts

**« Demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence »**

* **Étape 2 :** Joindre les pièces justificatives demandées.
* **Étape 3** : Adresser l'ensemble du dossier à la caisse d'Assurance Maladie du lieu de résidence de l’assuré.
* **Les justificatifs demandés sont les suivants :**
* Pièce d’identité,
* Justificatif de résidence en France (quittance de loyer, domiciliation, attestation d’hébergement…),
* RIB,
* Pour les étrangers : justificatif de régularité du séjour (Titre de séjour, récépissé, convocation à la Préfecture…)
* En cas d’enfants à charge, le formulaire S 3705 « Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents »
* Pour les personnes qui demandent une première immatriculation : une copie intégrale de leur acte de naissance (avec sa traduction éventuelle).
* **Envoi du dossier**

Le dossier de demande complet (le formulaire de demande d'affiliation rempli et signé, accompagné de la photocopie lisible des pièces justificatives) est à envoyer à la caisse d'Assurance maladie dont dépend le domicile ou l’adresse administrative de l’assuré.

* **Date d’effet**

Si toutes les conditions sont remplies, l’affiliation au régime général sur critère de résidence prend effet à la **date de dépôt de la demande**. Il en est de même les enfants mineurs à charge.

* **Attestation de droits**

La caisse d'Assurance Maladie adresse ensuite une attestation de droits, ainsi qu'une carte Vitale (ou demandera de la mettre à jour pour les personnes qui en possèdent déjà une).

**PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE**

L'affiliation au régime général sur critère de résidence ouvre droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité selon les mêmes conditions et taux de remboursement que n'importe quel autre assuré.

**CHANGEMENTS DE SITUATION**

**L**es assurés sont tenus de signaler à leur caisse d'Assurance Maladie tout changement intervenant dans leur situation personnelle ou professionnelle (mariage, divorce, reprise d'activité, déménagement, transfert de résidence à l'étranger, etc.).

En cas de contrôle, il sera notamment vérifié la stabilité de la résidence et la régularité du séjour en France.

La stabilité de résidence est appréciée au regard des notions de foyer habituel et permanent ou de lieu de séjour principal (à savoir une présence effective de plus de 6 mois) en France.

**COTISATIONS**

Les cotisations dues sont mises en recouvrement le 30/11 de l’année suivant l’ouverture des droits.

Les personnes dont le revenu imposable de 2016 (Avis d’impôts de 2017) est inférieur à 9 654€ sont dispensées de cotisation.

* En cas d’absence de déclaration de revenus, ces derniers sont évalués forfaitairement à 193 080€.

[Réf légales : Loi n° 2015-1702 du 21/12/2015 ; Décrets n° 2015-1865 et 2015-1882 du 30/12/2015 ; CSS : Art L 160-1 et suivants]



**DOC 18**

**LE PARCOURS DE SOINS**

1. **Obligation de choisir un médecin traitant**
2. **Le déclarer à son centre de Sécurité Sociale au moyen de l’imprimé ad hoc**
3. Indiquer ses coordonnées aux différents spécialistes qui l’inscrivent sur la feuille de soin
4. Sinon, le remboursement des actes est imité à 30 % au lieu de 70 %, et il n’est pas pris en charge par les Complémentaires-Santé
5. S’adresser au Médecin-traitant pour effectuer les demandes et les renouvellements de prise en charge à 100 %

**LES FRANCHISES**

**Il en existe 3 sortes :**

**LA PARTICIPATION FORFAITAIRE**

**S’applique sur les honoraires des « Docteurs » (médecins, dentistes, radiologues, biologistes)**

**De 1€ par acte (maxi 50€/an et 4€ par acte)**

Déduite du remboursement de l’acte

Non prise en charge par les mutuelles

Dispense accordée aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l’ACS.

**LES FRANCHISES MEDICALES**

S’appliquent :

**Sur les actes des auxiliaires médicaux**

* **De 0.50€/acte (maxi 2€/jour chez le même praticien)**

**Sur les transports sanitaires**

* **De 2€ par transport (maxi 4€/jour)**

**Sur les médicaments**

* **De 0.50€/boite (maxi 50€/an)**

Elles sont rarement prises en charge par les Complémentaires-Santé

Déduites de n’importe quel remboursement ou prestation en espèces, y compris des indemnités journalières

Dispense accordée aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l’ACS.

* Le compteur de l’organisme d’assurance maladie stocke les forfaits et les franchises sans limitation de durée et peut les retenir à n’importe quel moment sur n’importe quelle prestation (IJ Maladie) ou remboursement de frais de santé (Consultations, examens, radios…)

**LA PARTICIPATION DE 18€**

**S’applique aux actes hospitaliers supérieurs à K50**

**De 18€/acte**

À régler directement à l’hôpital

Peut être prise en charge par les mutuelles

Pris en charge par l’Assurance Maladie pour les bénéficiaires d’un 100% (ALD 30 ou invalidité)

Gratuite pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l’ACS.

**LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** *(Augmentation au 01/01/2018)*

**De 20€ par jour dans les spécialités dites de MCO (maladie, chirurgie, obstétrique)**

**De 15,00€ par jour en psychiatrie**

A régler directement à l’hôpital

N’est jamais pris en charge par l’Assurance Maladie même en cas de prise en charge à 100 %

Pris en charge de façon très variable par les complémentaires-santé avec souvent des durées limitées à 2 mois et des critères d’exclusions tels que les séjours en psychiatrie.

Pris en charge pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l’ACS sans limitation de durée.

Assimilé à une créance alimentaire et par conséquent, saisissable y compris sur les prestations d’Aide Sociale (dont AAH et RSA).

**PRISE EN CHARGE DES FRAIS D’HOSPITALISATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Décomposition du prix d’une journée à l’hôpital** | **Prix mini/jour**  ***(psychiatrie***  ***hôpital public)*** | **Prix maxi/jour**  ***(réanimation hôpital privé)*** |
| **Dépassements d’honoraires**  Clinique privée  *(400 à 800€/jour)* | 0,00€ | 800,00€ |
| **Supplément chambre seule**  *(15 à 80€/jour)* | 0,00€ | 80,00€ |
| **Participation acte lourd**  *(18€/acte : 0 à 90€/jour)* | 0,00€ | 90,00€ |
| **Forfait Journalier Hospitalier**  *(15 ou 20€/jour)* | 15,00€ | 20,00€ |
| **PRIX DE JOURNEE**  **a) Ticket modérateur**  *(20% : 150 à 600€/jour)* | 150,00€ | 600,00€ |
| **b) Tiers payant**  *(80% : 600 à 2400€)* | 800,00€ | 2400,00€ |
| **Prix total par jour :** | **965,00 €** | **3990,00 €** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exemple de prix à payer**  **pour une journée**  **en Psychiatrie publique** | ***Sans***  ***Sécu*** | ***Avec***  ***Sécu*** | ***Avec 100%*** | ***Avec Mutuelle\****  ***ou CMU-C*** |
| **Dépassements d’honoraires**  Clinique privée  *(400 à 800€/jour)* | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ |
| **Supplément chambre seule**  *(15 à 80€/jour)* | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ |
| **Participation acte lourd**  *(18€/acte : 0 à 90€/jour)* | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ |
| **Forfait journalier**  *(15 ou 20€/jour)* | 15,00€ | 15,00€ | 15,00€ | 0,00€ |
| **PRIX DE JOURNEE**   1. **Ticket modérateur**   *(20% : 150€/jour)* | 150,00€ | 150,00€ | 0,00€ | 0,00€ |
| 1. **Tiers payant**   *(80% : 600€)* | 800,00€ | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ |
| **Reste à charge du patient par jour :** | **965,00 €** | **165,00 €** | **15,00 €** | **0,00€** |

*\* Si la Complémentaire Santé prend en charge le Forfait Journalier Hospitalier*

**LES COMPLEMENTAIRES SANTE D’ENTREPRISE**

**PRINCIPE :**

En complément des garanties de base de la Sécurité sociale, un salarié peut bénéficier de prestations de la complémentaire santé de son entreprise.

L'Assurance maladie (Sécurité sociale) ne remboursant pas complètement les dépenses de santé, la complémentaire santé d'entreprise complète ces remboursements, en totalité ou en partie.

Le dispositif collectif de l'entreprise peut également proposer d'autres garanties complémentaires (garanties décès, garantie dépendance, etc.).

La Loi du 14/06/2013 relative à la sécurisation de l’emploi a institué la généralisation de la couverture complémentaire santé à l’ensemble des salariés à compter du 1er Janvier 2016.

Les articles 33 et 34 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 ont précisé certains aménagements concernant en particulier les personnes de plus de 65 ans et les travailleurs à temps très partiel.

**BENEFICIAIRES DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE D’ENTREPRISE**

Depuis janvier 2016, l'employeur doit faire bénéficier tous ses salariés d'une couverture complémentaire santé, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise.

Certains salariés peuvent [être dispensés d'y adhérer dans certaines situations](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740).

**GARANTIES**

**Panier de soins minimal**

La complémentaire santé d'entreprise doit prendre en charge au minimum les garanties suivantes (*panier de soins*) :

* Intégralité du [ticket modérateur](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F165) sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie sous réserve de certaines exceptions,
* Totalité du forfait journalier hospitalier en cas [d'hospitalisation](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F200),
* Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du [*tarif conventionnel*](https://www.service-public.fr/particuliers/glossaire/R2108)*,*
* Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.

**Garanties d'un contrat dit responsable**

La complémentaire santé de l’entreprise peut être un contrat dit « *responsable »* et proposer certaines garanties complémentaires encadrées.

**Prestations supplémentaires**

La complémentaire santé peut proposer des prestations supplémentaires, par exemple :

* [Tiers-payant](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167),
* Service d'assistance (aide-ménagère, garde d'enfants, etc.),
* Prévention et accompagnement (prise en charge de dépistage par exemple).

**DEMARCHE**

Le salarié n’a pas de démarche à effectuer. C'est l’entreprise qui négocie le contrat et assure son suivi auprès de l'organisme assureur.

**COUT**

Le tarif dépend du contrat souscrit par l’employeur, lequel peut participer en totalité ou en partie au paiement des cotisations.

**EN CAS DE DEPART DE L'ENTREPRISE**

À la fin du contrat de travail (retraite, licenciement...), [le salarié peut garder la complémentaire santé de son entreprise, sous certaines conditions](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20744).

**REFUS DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DE SON ENTREPRISE**

Les personnes qui se trouvent dans l’une des situations présentées ci-dessous peuvent refuser d'adhérer au dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire de leur entreprise :

**Salariés qui ont déjà une complémentaire santé**

La dispense est à l’initiative du salarié. Elle doit être faite par écrit au moment de l'embauche et n’est possible que dans les situations ci-dessous :

**Bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS** : La dispense d'adhésion joue tant que la personne bénéficie de la [CMUC](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740#R35928) ou de l'[ACS](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740#R35929).

**Bénéficiaires d'une complémentaire individuelle** : Le salarié est dispensé d'adhérer au régime de frais de santé mis en place dans son entreprise jusqu'à l'échéance de son contrat individuel.

**Bénéficiaires d'une couverture collective** : Le salarié est dispensé d'adhérer au régime de frais de santé mis en place dans son entreprise s’il est déjà couvert, y compris en qualité [d'ayant droit](https://www.service-public.fr/particuliers/glossaire/R13146) par un des dispositifs suivants :

1. Autre régime frais de santé collectif obligatoire,
2. Contrat d'assurance de groupe dit "*Madelin*",
3. Régime local d'Alsace-Moselle,
4. Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
5. Mutuelle des agents de l’État ou des collectivités territoriales.

**Salarié en CDD ou en contrat de mission**

**Contrat de 3 mois ou moins**

1. **Le salarié peut bénéficier d'une couverture collective obligatoire d'une durée d'au moins 3 mois**

Il peut choisir de ne pas adhérer si l'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance dans l'entreprise prévoit cette faculté. Il doit demander par écrit une dispense d'adhésion.

1. **Le salarié ne peut pas bénéficier d'une couverture collective obligatoire d'une durée d'au moins 3 mois**

Dans ce cas, il peut se dispenser d'adhérer au régime de frais de santé mis en place dans l’entreprise.

Il doit toutefois justifier d'une couverture complémentaire santé individuelle respectant les contrats responsables.

La dispense est à son initiative. Elle doit être faite au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.

**Le salarié peut obtenir de son employeur un "chèque santé" pour financer sa couverture complémentaire individuelle, sous conditions.**

**Contrat de plus de 3 mois et de moins d'1 an**

Le salarié peut choisir de ne pas adhérer si l'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance dans l'entreprise prévoit cette faculté. Il doit demander par écrit une dispense d'adhésion.

**Contrat d'1 an ou plus**

Le salarié dans cette situation peut choisir de ne pas adhérer si l'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance dans l'entreprise prévoit cette faculté. Il doit demander par écrit une dispense d'adhésion et fournir tous documents justifiant d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs.

**Salariés à temps très partiel**

Le salarié dans cette situation peut choisir de ne pas adhérer si les 2 conditions suivantes sont remplies :

* L'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance dans l'entreprise prévoit cette faculté,
* La cotisation équivaut à au moins 10 % de son salaire.

Il convient alors de demander par écrit une dispense d'adhésion.

Le salarié alors peut obtenir de son employeur un "chèque santé" pour financer sa couverture complémentaire individuelle, sous conditions.

**Apprentis**

**La cotisation équivaut à au moins 10 % du salaire/Cotisation inférieure à 10 % du salaire :** il est possible de ne pas adhérer si l'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance prévoit cette faculté.Demander par écrit une dispense d'adhésion.

**[Réf Légales** : Art 33 et 34 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 ; Art 11 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ; CSS art. L911-1 à L911-8, L911-7, R242-1 à R242-5, R242-1-6, D911-1 à D911-8, D911-2 et D911-3, D911-4 ; Arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à un système de prévoyance collectif et obligatoire d'entreprise ; Instruction de la DSS du 29 décembre 2015 concernant les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de santé]

**La CMU Complémentaire**

**et l’Aide à la Complémentaire Santé**

**PRINCIPE : Prise en charge par l’Etat,** par l’intermédiaire des Caisses d’assurance maladie des différents régimes, **des frais de cotisation à une complémentaire santé**, pour les personnes disposant de revenus très faibles.

**Dans la CMU Complémentaire**, les prestations de complémentaire Santé peuvent être dispensées au choix de l’assuré soit par sa Caisse d’Assurance Maladie, soit par un organisme complémentaire agréé (Assurance ou Mutuelle).

Les personnes dont les ressources dépassent le plafond de la CMU Complémentaire peuvent bénéficier d’une **Aide à la Complémentaire Santé (ou Chèque-Santé)** qu’ils peuvent déduire de leurs frais de souscription d’une Complémentaire Santé à la condition de souscrire un des contrats figurant sur une liste d’opérateurs sélectionnés par le Ministère de la Santé.

**PROCEDURE DE DEMANDE**

**CMU C ou ACS ?**

Une seule et même démarche permet d’ouvrir droit à la CMU Complémentaire ou à l’Aide à la Complémentaire Santé.

Il convient d’adresser à la Caisse d’Assurance Maladie concernée le formulaire Cerfa téléchargeable sur le site du Fonds CMU. *(Formulaire en cours de réédition au 18/06/2017)*

En fonction des ressources perçues au cours des 12 mois civils précédant la date de la demande, la Caisse procède à l’octroi de l’une ou l’autre des prestations.

La CMU Complémentaire correspond à la souscription gratuite à une complémentaire santé par l’intermédiaire de la Caisse d’Assurance Maladie de Base ou par l’intermédiaire d’un organisme de complémentaire Santé agréé si le demandeur en a indiqué un.

L’aide à la Complémentaire Santé permet l’attribution d’un Chèque Santé annuel, dont le montant varie en fonction de l’âge de chaque bénéficiaire, utilisable auprès de plusieurs groupements d’assureurs sélectionnés. Le montant du chèque Santé venant en déduction des cotisations dues à l’assureur.

CMU C et ACS ouvrent droit à un « Panier de soins » règlementé et encadré par la Loi ainsi au bénéfice du tiers payant et à un contrat de fin de CMU C ou d‘ACS.

**OU DEPOSER SA DEMANDE ?**

**Dossiers de CMU Complémentaire et d’Aide à la Complémentaire Santé (ACS)** :

* Salariés du secteur agricole : à la MSA
* Artisans, Commerçants, Prof. libérales : au RSI
* Militaires : à la CNMSS
* Personnel de la SNCF : à la CPRPSNCF
* Personnel d’EDF-GDF : à la CAMIEG
* **Tous les autres assurés sociaux doivent adresser leur dossier de CMU Complémentaire ou d’ACS à la CPAM de leur département de résidence** (qu’ils soient assurés du Régime Général, du régime étudiant ou fonctionnaires). *(CSS Art L 252-1)*

**Pour la CMU Complémentaire :** Lorsque l’organisme de Complémentaire-Santé choisi par l’assuré n’est pas l’État par l’intermédiaire de la Caisse d’Assurance Maladie de Base, c’est à cette dernière qu’il appartient de transmettre son accord à l’organisme de Complémentaire-Santé (dite Mutuelle) choisi par le bénéficiaire (par exemple à la MGEN, à la MNH, à AXA ou tout autre Complémentaire-Santé choisie par l’assuré et figurant sur la liste des organismes agréés).

**Pour l’Aide à la Complémentaire Santé :** le Chèque-Santé est adressé à l’assuré qui doit ensuite le faire parvenir à sa Complémentaire-santé qui en déduira le montant des cotisations à venir et transformera le contrat précédant en « Contrat d’ACS ».

**BASE DE CALCUL**

Le plafond de ressources à ne pas dépasser pour l’obtention de la CMU Complémentaire est régi par les articles D. 861-1 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale, majoré de 35 % pour l’obtention de l’Aide complémentaire santé, (Art. L.863-1 du CSS).

Toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des **douze mois précédant la demande** sont prises en compte, exceptées celles mentionnées à l’article R. 861-10 du CSS.

Les intérêts des comptes d’épargne défiscalisés sont toutefois exclus du barème de calcul.

Depuis le 1er Juin 2017, la période de référence relative à la perception des autres revenus de placements est **l'avant-dernière année civile précédant la demande** de CMU-C ou d’ACS. *(CSS, art. R. 861-8).*

Deux périodes de références distinctes coexisteront désormais dans les demandes de CMU-C et d’ACS :

1. **Les 12 mois précédant la demande** : pour toutes les ressources, à l’exception des revenus de placements,
2. **L’avant dernière année précédant la demande** : pour les revenus de placements imposables.

Puis, en fonction de la situation de logement du demandeur un forfait logement est ajouté par la Caisse d’Assurance maladie aux ressources déclarées.

**plafonds de ressources CMU-C et ACS DEPUIS LE 01/04/2018 *(CSS : Art. L 861-1 et D 861-1)***

Pour l’octroi de l’Aide Complémentaire Santé (ACS), les ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et celui-ci majoré de 35 % *(Art. L.863-1 du CSS).*

Les plafonds de ressources diffèrent selon que le demandeur vit en métropole ou dans un Département d’Outre-Mer.

**PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES EN METROPOLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NBRE**  **DE PERSONNES** | **CMU-C** | | **ACS** | |
| **Annuel** | Mensuel\* | **Annuel** | Mensuel\* |
| 1 | **8 810 €** | 734 € | **11 894 €** | 991 € |
| 2 | **13 215 €** | 1 101 € | **17 841 €** | 1 487 € |
| 3 | **15 858 €** | 1 322 € | **21 409 €** | 1 784 € |
| 4 | **18 501 €** | 1 542 € | **24 977 €** | 2 081 € |
| 5 | **22 026 €** | 1 835 € | **29 735 €** | 2 478 € |
| Par personne en + | **+ 3 524,09 €** | + 293,67 € | **+ 4 757,52 €** | + 396,46 € |

\* Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

**PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES DANS LES DOM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NBRE**  **DE PERSONNES** | **CMU-C** | | **ACS** | |
| **Annuel** | Mensuel\* | **Annuel** | Mensuel\* |
| 1 | **9 806 €** | 817 € | **13 238 €** | 1 103 € |
| 2 | **14 709 €** | 1 226 € | **19 857 €** | 1 655 € |
| 3 | **17 650 €** | 1 471 € | **23 592 €** | 1 986 € |
| 4 | **20 592 €** | 1 716 € | **27 799 €** | 2 317 € |
| 5 | **24 514 €** | 2 043 € | **33 095 €** | 2 758 € |
| Par personne en + | **+ 3 922,31 €** | + 326,86 € | **+ 5295,12 €** | + 441,26 € |

\* Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

**FORFAIT LOGEMENT A AJOUTER AUX RESSOURCES**

Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit : propriétaires, hébergées à titre gracieux) ou qui bénéficient d’une aide au logement (APL, ALF ou ALS) se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources.

Ce « Forfait-logement » calculé en pourcentage du RSA, varie selon plusieurs critères :

* La composition familiale,
* Le mois de perception des ressources,
* Le type d’avantage logement : propriétaire/hébergé, ou bénéficiaire d’une aide au logement.

Le calcul du forfait logement est adossé à celui du RSA.

Il est réévalué au 1er Avril de chaque année, suivant en cela les dates de réévaluation du RSA sur lequel il est aligné. En Septembre 2017, le RSA a fait l’objet d’une réévaluation exceptionnelle, ce qui a une incidence sur le montant des forfaits logement : en 2018, trois montants différents sont donc à additionner afin de connaitre le montant du forfait logement qui sera appliqué par la Caisse d’Assurance maladie lors de la vérification des ressources du demandeur.

Aussi, pour savoir si une personne est éligible à la CMU-C ou à l’ACS, il convient d’ajouter fictivement les montants des forfaits logement correspondants aux mois de la période de référence concernée et de comparer le résultat obtenu avec les plafonds de ressources de la CMU-C ou de l’ACS.

**MONTANT DU FORFAIT LOGEMENT APPLICABLE EN 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE PERSONNES** | **PROPRIETAIRE ou**  **HEBERGE A TITRE GRATUIT** | | **BENEFICIAIRE D’UNE AIDE AU LOGEMENT** | |
| **Montants mensuels applicables** | | **Montants mensuels applicables** | |
| **pour 2018** | **pour 2017** | **pour 2018** | **pour 2017** |
| **1 personne** | *12 % du RSA/1 personne :*  65,46 euros (1)  66,11 euros (2) | *12 % du RSA/1 personne :*  64,41 euros (3)  65,46 euros (4) | *12 % du RSA/1 personne :*  65,46 euros (1)  66,11 euros (2) | *12 % du RSA/1 personne :*  64,41 euros (3)  65,46 euros (4) |
| **2 personnes** | *14 % du RSA/2 personnes* *:*  114,55 euros (1)  115,70 euros (2) | *14 % du RSA/2 personnes :*  112,72 euros (3)  114,55 euros (4) | *16 % du RSA/2 personnes :*  130,92 euros (1)  132,22 euros (2) | *16 % du RSA/2 personnes :*  128,83 euros (3)  130,92 euros (4) |
| **3 personnes ou +** | *14 % du RSA/3 personnes :*  137,46 euros (1)  138,84 euros (2) | *14 % du RSA/3 personnes* *:*  135,27 euros (3)  137,46 euros (4) | *16,5 % du RSA/3 personnes :*  162,01 euros (1)  163,63 euros (2) | *16,5 % du RSA/3 personnes :*  159,42 euros (3)  162,01 euros (4) |

1. Montant du forfait logement du 01/01/2018 au 31/03/2018
2. Montant du forfait logement à partir du 01/04/2018
3. Montant du forfait logement du 01/04/2017 au 31/08/2017
4. Montant du forfait logement du 01/09/2017 au 31/12/2017

**Ressources exclues *(CSS, art. L. 861-2 et R. 861-10)***

Il existe plusieurs situations d’exclusion des ressources : certaines situations entrainant une baisse de ressources induisent une exclusion des ressources perçues pendant la période de référence. Certaines prestations sociales sont également exclues des ressources.

**Changement de situation familiale**

En cas de diminution, au cours de la période de référence, du nombre de personnes composant le foyer, il n’est pas tenu compte des ressources perçues par les personnes qui, durant cette période, ont cessé d’en faire partie.

**Fin de formation sans revenu de remplacement**

Il n’est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l’année de référence lorsque l’intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu’il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

**Prestations exclues des ressources :**

* Le revenu de solidarité active (RSA) ;
* L’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH) et ses compléments ainsi que la majoration de parent isolé (MPI) ;
* L’allocation de rentrée scolaire ;
* Les primes de déménagement ;
* La prime à la naissance ou à l’adoption et l’allocation de base de la PAJE (prestation d’accueil du jeune enfant) ;
* Le complément de libre choix de mode de garde de la PAJE ;
* La majoration pour tierce personne, l’allocation compensatrice tierce personne (ACTP), la prestation de compensation du handicap (PCH), l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) ;
* Les prestations en nature de maladie, maternité, invalidité ou accident du travail ;
* L’indemnité complémentaire de remplacement attribuée aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles ;
* L’allocation de remplacement maternité et paternité des exploitants agricoles ;
* L’indemnité en capital attribuée à un salarié victime d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle ;
* La prime de rééducation et le prêt d’honneur versés aux salariés victimes d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle ;
* Les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale ;
* Les indemnités et prestations perçues par la personne volontaire effectuant un service civique ;
* Les bourses d’études des enfants, sauf les bourses de l’enseignement supérieur ;
* La dotation aux jeunes agriculteurs ;
* Le produit de la vente d’un immeuble ;
* Les frais funéraires et le capital-décès ;
* Les remboursements de frais professionnels ;
* L’allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d’Afrique du Nord ;
* L’aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives.

**Revenus de placements**

Depuis le 01/06/2017, les revenus de placements non soumis à l’impôt sur le revenu (Livret A, LDD, LEP, CEL, PEL) sont également exclus de l’assiette de calcul.

**Abattements *(CSS : Art. R 861-8)***

Les rémunérations d'activité perçues pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % dès lors que la personne concernée se trouve, soit :

* En arrêt de travail pour maladie depuis au moins 6 mois,
* Au chômage et perçoit à ce titre une indemnisation par le pôle emploi,
* En formation et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

**Déductions**

Les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires sont déduites des ressources.

**PRISE EN COMPTE DU PATRIMOINE NON PRODUCTIF DE REVENU**

Les éléments du patrimoine du demandeur non productif de revenus doivent être déclarés. Ils font l’objet d’une évaluation forfaitaire, selon un barème défini par l’article R861-6 du CSS.

Celui-ci stipule que pour l'appréciation des ressources,les biens non productifs de revenu sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à :

* 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis,
* 80 % de la valeur locative s'il s'agit de terrains non bâtis,
* 3 % du montant des capitaux (dont les contrats d’assurance-vie).

**REGLES D’EVALUATION DU TRAIN DE VIE**

**Les éléments de « Train de vie » sont pris en compte lorsque leur valeur totale dépasse le double du plafond de ressources** pris en compte sur la période considérée.

Ils sont examinés à partir des documents fournis par l’administration fiscale (taxes foncières, avis d’impositions), à partir des contrats d’assurance ou par l’avis d’expert pour les objets précieux.

**CMU COMPLEMENTAIRE ET CONTRAT DE SORTIE DE CMU-C**

**Prestations prises en charge dans le « Panier de soins » :**

* **Pas d’avance de frais**
* **Dans le cadre du parcours de soins, prise en charge de l’intégralité des frais suivants :**

**Participation forfaitaire de 1€, Franchises médicales, Forfait journalier hospitalier** (18€ ou 13,50€) sans limitation de durée.

* **Prise en charge du ticket modérateur pour :**

Les consultations, les médicaments prescrits, les analyses, examens et frais d’hospitalisation sur la base des tarifs maximums fixés par l’assurance maladie (Panier de soins).

* **Prothèses dentaires, Prothèses : auditives, Lunettes :**

Compléments spécifiques sur devis

* **Lentilles de contact :**

Sur prescription médicale, **forfait annuel de 39,48€ par œi**l quel que soit le type de lentilles pour les indications suivantes : astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométropie à 3 dioptries, kératocône.

* **Dispositifs médicaux :**

Cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques, appareils pour stomatisés et pour incontinents, coussins anti-escarres, vêtements compressifs pour grands brûlés, compresses, pansements... *(Dispositifs médicaux listés dans l'arrêté du 14 août 2002*). Pris en charge par la CMU Complémentaire dans la limite des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie*.*

***Voir la liste et les montants pris en charge dans le lien ci-après :***

[*http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ARRETE\_du%2031%20d%C3%A9cembre%201999\_modifie%20par%20arrete%20du%2014%20aout%202002\_Dispositifs%20medicaux.pdf*](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ARRETE_du%2031%20d%C3%A9cembre%201999_modifie%20par%20arrete%20du%2014%20aout%202002_Dispositifs%20medicaux.pdf)

**AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE (ou CHEQUE-SANTE)**

**Montants du « Chèque-Santé » :**

Le montant de l’Aide à la Complémentaire Santé est établi au regard de l’âge de chaque bénéficiaire.

Il est fixé à : **100€ jusqu’à 16 ans**

**200€ de 16 à 49 ans**

**350€ de 50 à 59 ans**

**550€ à 60 ans et plus**

**CHOIX DU CONTRAT DE COMPLEMENTAIRE SANTE AVEC L’ACS**

Les contrats souscrits ou renouvelés depuis juillet 2015 doivent être choisis parmi une liste de 10 « contrats responsables » homologués, offrant chacun 3 niveaux de garanties.

Ces contrats sont accessibles immédiatement aux nouveaux bénéficiaires de l’ACS.

La liste des contrats sélectionnés est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l’ACS avec l’envoi du chèque santé et de l’attestation de tiers payant.

Lorsqu'un bénéficiaire de l’ACS est déjà couvert par une complémentaire-santé individuelle, il peut demander, soit :

1. La résiliation de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur ne propose pas de contrat responsable. Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat responsable figurant sur la liste des contrats sélectionnés par l’appel d’offre ;
2. La modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste des contrats responsables.

Les cotisations relatives aux contrats résiliés sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

**LISTE DES CONTRATS RESPONSABLES ACS**

Dix offres ont été retenues suite à un appel public à la concurrence lancé en fin d’année 2014.

Les contrats sélectionnés à l'issue de la procédure d’appel à projet sont ceux correspondant aux offres suivantes :

1. Offre « Pacifica ».
2. Offre « ASACS » (Association solidaire pour l'aide à la complémentaire santé).
3. Offre « Pôle santé prévoyance du groupe MACIF ».
4. Offre « Assureurs complémentaires solidaires ».
5. Offre « Atout Cœur Santé ».
6. Offre « Klésia Mutuelle ».
7. Offre « Oui Santé ».
8. Offre « Accès Santé ».
9. Offre « MTRL ».
10. Offre « Proxime Santé »

**GARANTIES OBLIGATOIRES PROPOSEES PAR LES CONTRATS RESPONSABLES ACS**

Chaque offre comprend trois niveaux de garanties :

1. **Un contrat d’entrée de gamme,**
2. **Un contrat intermédiaire,**
3. **Un contrat de niveau supérieur.**

Ces trois contrats, dénommés A, B et C, garantissent la couverture des frais engagés par le bénéficiaire de l’ACS selon les modalités ci-dessous.

**Tous les contrats sélectionnés comprennent au minimum :**

* ***La prise en charge à 100 % des soins courants*** : consultations médicales et dentaires, pharmacie (exceptés pour les cures thermales et les médicaments à vignette orange) avecdispense totale d’avance des frais (tiers-payant intégral) pour l'ensemble des actes et prestations dispensés par les professionnels de santé.
* ***La prise en charge du forfait journalier de façon illimitée*** *y compris en psychiatrie*
* ***Des forfaits pour l’achat de lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses****:* selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.
* ***La suppression des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €*** : les bénéficiaires de l’ACS sont exonérés du paiement des franchises médicales, ainsi que de la participation forfaitaire de 1€.

**CONTRAT DE FIN DE DROIT A L’ACS**

A l'expiration de son droit à l’ACS, l’assuré reçoit de l'organisme auprès duquel il avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure d’appel à projet.

Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l’ACS avant la déduction du montant du chèque santé.

site d’information spécialement dédié à ce dispositif : [***www.info-acs.fr***](http://www.info-acs.fr/)

**AUTRES AVANTAGES ASSOCIES A LA CMU-C ET A L’ACS (Aide à la Complémentaire Santé)**

* **Tarif social de l’électricité** *(Remplacé en 2018 par le Chèque Energie)*
* **Tarif social du gaz** *(Remplacé en 2018 par le Chèque Energie)*
* **Tarifs de solidarité transport**

En Ile de France, la CMU C ouvre droit à la Carte Solidarité Transport, qui permet, selon la situation du bénéficiaire de la CMU C :

* **Une réduction** des tarifs de l’ensemble du réseau de transports en commun d’Ile de France,
* **La gratuité** pour les bénéficiaires du RSA.

La Carte Solidarité Transport est à demander par téléphone à :

**Agence Solidarité Transport : 0 800 948 999** *(Numéro gratuit depuis un poste fixe)***.**

**[Réf. Légales :**

* **CMU C**: Arrêtés du 31/12/1999, modifiés ; Art. R 861-2 du CSS, Art R 861-2-1 du CSS ; Circ. DSS/2A n° 2 008/181 du 06/06/2 008] *(Site :* [*www.cmu.fr/*](http://www.cmu.fr/)*)*
* **ACS:** LOI n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 Art 11 à 13, Arrêté du10/04/2015 ; CSS Art L 863-1 à 8, L 871-1]

**LES Indemnités journalières de maladie (IJSS)**

[Art. L323-1 à L323-7, R172-12-1 à R172-12-3, R313-1 à R313-17, R323-1 à R323-12 du CSS]

[Circ. n° DSS/SD2/2011/497 du 30/12/2011, NOR : ETSS1200210C]

**PRINCIPE**

Les salariés en cours d’emploi ou demandeurs d’emploi qui ont travaillé au minimum 150 heures dans les 3 mois précédent leur arrêt de travail peuvent être indemnisés par l’Assurance Maladie sur prescription d’un arrêt de travail établi par leur médecin traitant.

**CONDITIONS**

**Pour un arrêt inférieur à 6 mois, il faut :**

🡪 Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils précédant l’arrêt de travail (ou la perte d’emploi en cas de chômage).

**Pour un arrêt supérieur à 6 mois, il faut :**

🡪 Avoir été immatriculé depuis au moins 12 mois et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils précédant l’arrêt de travail (ou la perte d’emploi en cas de chômage).

**OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE**

* Envoyer son arrêt de travail dans les 48h à son organisme d’Assurance Maladie CPAM, RSI, MSA ou autre) et à son employeur
* Communiquer à sa Caisse (CPAM, RSI, MSA ou autre) tous les éléments de sa situation professionnelle (fiche de paie, etc.)
* Observer les prescriptions du praticien,
* Se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical,
* Respecter les heures de sorties autorisées par le praticien,
* S’abstenir de toute activité non autorisée.

**MONTANT DE L’INDEMNITE JOURNALIERE**

**Cas général**

**🡪 50 % du salaire** perçu au cours des 3 mois précédant l’arrêt de travail, calcule sur la moyenne des salaires bruts (= salaires soumis à cotisations) des 3 derniers mois précédant l’arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le smic mensuel en vigueur.

🡪 **IJ maximum au 01/01/2018 : IJ normale : 44,34  € /jour** (correspondant à 50% de 1,8 fois le SMIC mensuel)

**Cas particulier**

🡪 **Assuré avec 3 enfants** à charge, à partir du 31ème jour de l’arrêt de travail, l’indemnité journalière est majorée. Elle est alors égale à 66,66 % du salaire journalier de base.

🡪 **IJ maximum au 01/01/2018 : 59,12  €**

**HOSPITALISATION**

En cas d’hospitalisation, le versement des indemnités journalières peut être obtenu auprès de sa Caisse en lui adressant un bulletin de situation avec une rétroactivité possible jusqu’à 2 ans.

**DUREE DU VERSEMENT**

**🡪 Maximum 3 ans**, peut être interrompu avant sur proposition du Médecin-Conseil de la Caisse

**VERSEMENT ET CUMUL**

Le versement commence à compter du 4ème jour de l’arrêt de travail, après un délai de carence non indemnisé de 3 jours.

Le paiement des indemnités journalières est effectué tous les quatorze jours par la Caisse d’Assurance Maladie. Le relevé des indemnités versées est téléchargeable sur le site internet.

Une reprise d’emploi suivie d’un nouvel arrêt trois jours plus tard, entraîne un nouveau délai de carence.

**Le cumul d’indemnités est possible sous certaines conditions, avec :**

* Une pension d’invalidité,
* Une pension de vieillesse,
* Une rente d’accident du travail,
* Un salaire à temps partiel en cas de reprise à mi-temps thérapeutique

**Le cumul est impossible avec :**

* Les indemnités de chômage,
* Les allocations de préretraite.

**COMPLEMENTS d’I.J. EVENTUELS**

Selon les conventions collectives, l’appartenance à un « régime spécial » (fonctionnaires, RATP, SNCF…), ou, en fonction de la politique salariale propre à chaque entreprise, les Indemnités Journalières de Maladie peuvent être :

* Versées directement par la Sécurité Sociale,
* Versées par l’employeur,
* Complétées par l’employeur
* Complétées par une assurance prévoyance,

Il convient de se renseigner auprès de son employeur, ou en cas de doute, auprès d’un assistant social.

**IMPOSITION/COTISATIONS SOCIALES/SAISIE**

**Prélèvements sociaux**

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

* 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
* 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

**Imposition**

Les Indemnités Journalières de Maladie sont imposables, sauf lorsque l’arrêt de travail est prescrit en rapport avec Affection de Longue Durée donnant lieu à une exonération du ticket modérateur (100% ALD).

**Les Indemnités Journalières de Maladie sont saisissables en cas de Saisie-arrêt.**

**LA PENSION D’Invalidité**

[Réf. Légales : CSS : art. L341-1 à L341-3, R341-2, R313-5 à R313-9 ; R 172-1 à R 172-21-3]

**PRINCIPE :** Une Pension d’Invalidité peut être versée par la Caisse d’Assurance Maladie à la suite d’une longue maladie lorsque les droits aux Indemnités Journalières Maladie sont épuisés et/ou que l’état de santé de l’assuré a été jugé « consolidé » par le Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale. Selon les cas, cette pension peut être complétée par l’employeur, par une Pension de Prévoyance ou par une prestation d’Aide Sociale Légale, ou encore être cumulée avec d’autres revenus professionnels (ou de remplacement).

**CONDITIONS A REMPLIR**

1. **Administratives :**

* Ne pas avoir atteint l’âge légal de départ en retraite (entre 60 et 62 ans).
* Etre Assuré Social depuis au moins 12 mois,
* Avoir travaillé au moins 600 heures dans les 12 derniers mois.
* ***Pour les demandeurs d’emploi :*** *La période de référence est déterminée à partir du dernier emploi avant l’indemnisation par le Pôle-Emploi.*

1. **Médicales :**

* Présenter une capacité de travail réduite,
* Présenter un état de santé stabilisé ou une usure prématurée de l’organisme.

**DÉMARCHES**

La demande s’effectue en 2 temps distincts :

1. **La demande de pension d’invalidité peut être déclenchée par :**

* La Caisse d’Assurance Maladie avant le terme de 3 années de versement d’indemnités journalières de maladie,
* L’intéressé lui-même sur présentation d’un certificat médical,
* Le médecin spécialiste de la pathologie invalidante ou le médecin traitant.
* Le Médecin-Conseil convoque l’assuré puis statue sur la date d’interruption du versement des I. J. et sur la Catégorie de Pension correspondant à la réduction de la capacité de travail.
* En cas d’accord, le dossier est transmis aux services administratifs de la Caisse.

1. **A réception de l’accord du Médecin-Conseil, les Services administratifs de la Caisse (CARSAT ou CRAMIF) adressent à l’assuré un dossier de demande de Pension d’Invalidité :**

* L’assuré complète la demande et la renvoie à la Caisse en joignant les pièces justificatives.
* A réception du dossier complet, la Caisse statue sur les conditions administratives, calcule le montant de la Pension et procède à son paiement.

**APPRéCIATION DE L’Invalidité**

En fonction de son degré d’inaptitude, l’assuré sera placé dans l’une des 3 catégories d’Invalidité :

* + **1ère catégorie :** Lorsque l’assuré continue d’exercer une activité professionnelle réduite. Cette catégorie ouvre droit au versement d’une pension égale à 30% du salaire annuel moyen.
  + **2ème catégorie :** Lorsque l’assuré n’est pas en mesure d’exercer une activité professionnelle au moment de la demande. Cette catégorie ouvre droit au versement d’une pension égale à 50% du salaire annuel moyen.
  + **3ème catégorie :** Lorsque l’assuré doit recourir à une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Cette catégorie ouvre droit à la même pension que la 2ème Catégorie, complétée par une Majoration pour Tierce-Personne.

**PENSION D’INVALIDITE COORDONNEE**

Depuis le 1er Juillet 2016, les demandes de Pension d’Invalidité relevant des régimes ci-dessous sont coordonnées.

**Régimes concernés par les règles de coordination**

**Régimes de salariés**

* Régime général (CPAM/CARSAT/CRAMIF)
* Salariés du Régime Agricole (MSA)
* Régime spécial des Clercs et Employés de Notaires (CRPCEN)

**Régimes de travailleurs non-salariés** **non agricole**

* Artisans, commerçants (RSI)
* Caisses des professions libérales (sauf la Caisse du Barreau)
* Régime spécial des Cultes (CAVIMAC), assimilé à un régime de non salarié

**Les autres régimes (fonctionnaires, militaires, régimes spéciaux, non-salariés agricoles) restent en dehors du champ de coordination des pensions d’invalidité.**

**Conséquences de la coordination**

**Lieu de dépôt de la demande de pension**

Selon la situation, la demande de pension doit être adressée :

* Au régime auquel l’assuré était affilié à la date de l’arrêt de travail suivi d’invalidité ou à défaut à la date de constatation de l’invalidité par le médecin de la caisse ;
* En cas d’interruption de l’activité à l’une de ces 2 dates, c’est le dernier régime qui est concerné,
* Pour les assurés d’un régime depuis moins d’un an, lorsque le régime agricole est impliqué, le régime concerné est celui dont l’assuré a relevé depuis le plus longtemps depuis une année de date à date.
* Pour les assurés relevant simultanément de plusieurs régimes coordonnés, la demande de pension d'invalidité coordonnée doit être adressée à l'organisme qui prend en charge ses frais de santé. Les autres organismes saisis de la demande doivent la transmettre dans un délai de quinze jours à l'organisme compétent et en informer l'assuré

**Calcul et versement de la pension**

Les régimes doivent coopérer en s'échangeant les informations nécessaires.

L’organisme auquel incombent la charge financière et le service des prestations de l’assurance invalidité calcule la pension selon ses propres règles.

Les revenus ou salaires ayant servi de base au calcul des cotisations versées au cours des périodes d’assurance sur l’ensemble des régimes concernés, sont pris en compte pour la détermination des dix années civiles d’assurance les plus avantageuses.

La Pension est appelée **« Pension d’Invalidité Coordonnée »**

**DELAIS / CALCUL DE LA PENSION**

Selon les Caisses, la procédure peut prendre entre 2 et 4 mois. La principale difficulté consiste parfois à réunir tous les documents demandés de reconstitution de carrière.

Le calcul de la pension est basé sur les **10 meilleures années de cotisations** après reconstitution de l’ensemble de la carrière du demandeur.

**Son montant est plafonné respectivement à :**

**30% du plafond de la Sécurité Sociale en 1ère catégorie**,

**50%, en 2ème catégorie**.

Le montant de la 3ème Catégorie est égal à celui de la 2ème, complété par la Majoration de Tierce Personne destinée à la prise en charge des frais induis par la nécessité de rétribuer une personne pour aider à la réalisation des actes essentiels de la vie courante (se lever, se laver, se nourrir etc.…).

**montant de la Pension au 01/04/2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CATEGORIE** | **MINIMUM/MOIS** | **MAXIMUM/MOIS** |
| **1ère catégorie** | **285,61€** | **993,30€** |
| **2ème catégorie** | **285,61€** | **1 655,50€** |
| **3ème catégorie**  *(2ème cat + Majoration Tierce Personne)* | **1 404,18€**  *(PI : 285,61€+ MTP : 1 107,49€)* | **2 774,04€**  *(PI : 1 655,50€ + MTP : 1 107,49€* |

**La Pension peut éventuellement être complétée par l’employeur ou par une assurance Prévoyance.**

Les informations s’obtiennent auprès de l’employeur, du service social du personnel ou d’un syndicat.

**CONTRAT DE TRAVAIL**

En cas d’impossibilité de reclassement au sein de l’entreprise, le passage en Invalidité peut éventuellement être suivi d’un licenciement pour inaptitude après validation par le Médecin du Travail.

**L’ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE D’INVALIDITE** *(CSS Art. L 815-24 à 29, L 816-1 à 3, D 815-19 et 20)*

Lorsque les revenus du titulaire d’une pension d’invalidité sont inférieurs à **711,86€\*** **par mois** pour une personne seule, ou **1 246,87€***\** pour un couple, la pension peut être complétée par une Allocation Supplémentaire d’Invalidité, à demander à la caisse qui verse la Pension d’Invalidité.

L’ensemble des biens et des ressources du foyer fiscal, le nombre de personnes qui composent la famille du bénéficiaire sont pris en considération pour accorder et pour déterminer le montant de cette prestation, dont le montant peut atteindre **409,43€\*** par mois pour une personne seule ou **675,62€***\** lorsque les deux conjoints en bénéficient.

Après le décès du bénéficiaire, si l’actif net successoral est supérieur à **39 000€***\*,* la Caisse pourra récupérer les prestations versées dans la limite de **6 571,01€***\** pour une personne seule ou de **8 667,76€***\** pour un couple de bénéficiaires.

\*Montants au 1er Avril 2018

**REGLES DE CUMUL**

Les pensions d’invalidité servies par les organismes d’assurance maladie sont cumulables avec d’autres pensions, rentes ou activité professionnelle. Toutefois, les modalités de cumul, de calcul ainsi que la périodicité des déclarations de ressources varient en fonction de la nature des autres revenus perçus par le titulaire de la pension d’invalidité.

**Cumul avec d'autres pensions**

* **Cumul avec une rente d'accident du travail ou une pension d'invalidité militaire** *(Art L 371-4 et L 371-7 du CSS)*

Le cumul avec l'une de ces prestations est possible si l'assuré subit une aggravation de son invalidité non susceptible d'être indemnisée par la caisse qui lui verse sa pension ou sa rente.

Le montant versé à l'assuré ne doit pas dépasser le salaire perçu par un travailleur valide de même catégorie socioprofessionnelle : le salaire de référence.

* **Cumul avec une pension d'invalidité issue d'un régime non coordonné** *(Art R 172-5 du CSS)*

La pension d’invalidité peut se cumuler avec une pension d'invalidité ou de retraite d'un régime spécial (mineurs, marins, fonctionnaires de l'Etat, agents d'EDF, non-salariés agricoles...) autre qu'un régime complémentairesi l'assuré subit une aggravation de son invalidité non susceptible d'être indemnisée par la caisse qui lui verse sa pension.

Lorsque le cumul entraîne un dépassement du salaire de référence, la pension d'invalidité est réduite du montant de ce dépassement.

**Cumul avec des allocations de chômage**

***2 cas de figure :***

1. Le salarié bénéficiait déjà d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie avant d'être au chômage, dans ce cas, la pension d'invalidité est cumulable avec les allocations chômage. Si le cumul entraîne un dépassement du salaire de référence, la pension d'invalidité est réduite du montant de ce dépassement.
2. La pension d'invalidité est accordée alors que le salarié est déjà au chômage, dans ce cas, le montant des allocations de chômage est égal à la différence entre le montant de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) et celui de la pension d'invalidité.

**Cumul avec une pension issue d'un régime de prévoyance**

Les pensions d’invalidité servies par les régimes de prévoyances complémentaires dans le cadre d'un contrat de prévoyance souscrit par l’employeur sont cumulables sans restriction avec une pension d'invalidité.

**Cumul avec une activité professionnelle** (Article R341-17 du CSS)

Le titulaire d’une pension d’invalidité conserve le droit de travailler, aucun texte réglementaire ne s'opposant à la reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la catégorie de pension (1ère, 2ème ou 3ème catégorie).

En cas de reprise d’une activité professionnelle salariée ou non au-delà de 6 mois consécutifs, la caisse procède à une diminution du montant de la pension d’invalidité ou à une suspension de son versement dès lors que les montants cumulés de la pension d’invalidité avec les revenus de la nouvelle activité professionnelle sont supérieurs au salaire annuel moyen perçu au cours de la dernière année civile précédant l’interruption de travail ayant lui-même précédé l’obtention de la pension d’invalidité.

Lorsque la capacité de gain du titulaire de la pension d’invalidité devient supérieure à la moitié du salaire annuel moyen d’un travailleur de même catégorie dans la profession exercée avant l’invalidité, la pension est suspendue ou supprimée.

La Caisse peut demander une expertise pour estimer la capacité de gain résiduelle de la personne concernée.

***Les ressources prises en compte pour une activité professionnelle sont :***

* Les salaires procurés par une activité salariée ou non salariée ;
* Les indemnités journalières de sécurité sociale versées en cas d’arrêt de travail pour une maladie survenue après une reprise de travail, postérieure à l’attribution de la pension d’invalidité ;
* Les salaires ou indemnités perçus durant un stage de reclassement ou de rééducation professionnels ;
* Les allocations versées par le pôle emploi, sauf l’allocation de retour à l’emploi versées aux titulaires d’une pension de deuxième catégorie.

La décision de la caisse primaire portant suspension de tout ou partie de la pension doit être notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de suspension de la pension du fait d’un dépassement du plafond de cumul, la pension reste acquise et peut être recalculée à tout moment en cas de diminution du montant des revenus d’activité ou de remplacement.

**DECLARATIONS DE RESSOURCES**

**La périodicité de la déclaration de ressources varie selon la situation du titulaire de la pension :**

* **Une fois par an** : si la personne n’a pas d’autres ressources ou lorsque la pension constitue l’unique ressource du titulaire de la pension ou si ses autres ressources (rentes accident du travail par exemple) n'ont pas d'incidence sur le calcul de la pension.
* **Chaque semestre** : si la personne exerce une activité salariée ou qu’elle perçoit des indemnités journalières ou une allocation versée par le Pôle Emploi, dont le montant n’a pas d'incidence sur le calcul de sa pension.
* **Chaque mois** : si le titulaire de la pension exerce une activité salariée, qu’il perçoit des indemnités journalières ou une allocation de chômage, et que sa pension d'invalidité se trouve réduite du fait de cette activité, de ces indemnités ou de ces allocations.
* **Chaque trimestre** : dans tous les autres cas, notamment lorsque la pension est complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), par la majoration tierce personne ou en cas d’activité non salariée.
* La déclaration de ressources doit être complétée et **renvoyée immédiatement** à l’organisme payeur qui l’a adressée (CRAMIF, CARSAT, MSA, RSI). Le non-retour de la déclaration de ressources dans le **délai de 15 jours** entraîne automatiquement la suspension du paiement de la pension d’invalidité.

**ASSURANCE MALADIE**

La Pension d’Invalidité ouvre droit au **maintien de l’Assurance Maladie**, sans limitation de durée, ainsi qu’à une **prise en charge à 100%** des frais médicaux pour toutes les pathologies (sauf médicaments à vignette bleue et forfait journalier hospitalier).

**DURée de la pension / retraite**

Les trimestres d’invalidité sont assimilés à des trimestres salariés.

La pension prend fin à l’âge légal de départ en retraite (62 ans pour les personnes nées à partir de 1955). Elle permet l’obtention de droit d’une Pension de Retraite pour Inaptitude.

Les bénéficiaires d’une pension d’invalidité exerçant une activité professionnelle à l’âge légal de la retraite et, à compter 1er Septembre 2017, ceux qui perçoivent une indemnisation du Pôle-Emploi ont la possibilité de différer leur départ en retraite afin de poursuivre leur activité professionnelle ou leur recherche d’emploi jusqu’à ce qu’ils aient atteint l’âge permettant d’ouvrir droit à la retraite à taux plein.

**PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX**

La majoration pour tierce personne, servie en complément de la Pension de 3ème Cat. n’est pas soumise à contribution sociale, mais les pensions d’invalidité sont soumises aux prélèvements sociaux de :

* **La CSG** au taux de **6,6 %,**
* **La CRDS** au taux de **0,5 %**
* **La CASA** au taux de **0,3 %.**

Les titulaires d’une pension d’invalidité dont le revenu fiscal de référence de 2016 (avis d’imposition 2017) est inférieur ou égal à **11 018€** pour 1 part et **2942€** de plus par ½ part supplémentaire, sont exonérés en totalité de ces trois contributions. Ceux dont le RFR est situé entre ce seuil et **14 404€** pour 1 part, se voient attribuer un taux réduit de **CSG à 3,8%.**

**SAISIE / imposition**

**La pension d’invalidité est imposable** (mais pas la Majoration Tierce Personne) **et saisissable.**

Les titulaires d’une pension de 2ème et 3ème catégorie peuvent bénéficient d’une ½ part supplémentaire à la condition d’être titulaires d’une Carte d’Invalidité (à demander à la MDPH).

**HOSPITALISATION**

En cas d’hospitalisation, la pension continue d’être versée dans les conditions habituelles, à l’exception de la MTP qui est suspendue à l’issue d’un mois d’hospitalisation.

**LE CONGE DE MALADIE DES FONCTIONNAIRES**

***[Réf. Légales.****: Instruct. DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 09/02/2012, DGOS/RH3/DGCS/2013/356 du 01/10/2013, Circ. DGOS/RH3/DGCS/4B/2013 du 20/03/2013, Loi 2017-1837 Art. 115]*

**PRINCIPE :** En matière d’arrêt de travail pour maladie, l’interlocuteur unique du fonctionnaire est le service des ressources humaines de son administration de rattachement.

Le fonctionnaire en arrêt de travail pour maladie bénéficie d’un seul de jour de carence et d’un maintien de traitement intégral pendant 3 mois. Puis, selon sa situation médicale, il peut demander un congé ordinaire, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée en s’adressant au comité médical qui statue sur sa situation après avoir pris l’avis d’un expert mandaté à cet effet.

Après l’épuisement de ses droits à congés de maladie à plein traitement et à demi-traitement, le fonctionnaire qui n’est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle se voit placé en retraite pour invalidité quel que soit son âge et la durée de sa carrière professionnelle.

**PROCEDURE**

**Le fonctionnaire envoie son arrêt de travail à la DRH de son administration de rattachement.**

**A partir du 3ème mois d’arrêt de travail**, il adresse au plus tard un mois avant l’expiration de son arrêt de travail, un courrier de demande de congé (ou de renouvellement de congé) de maladie ordinaire, de longue durée, de longue maladie ou de temps partiel thérapeutique au comité médical.

**Cette demande doit être accompagnée :**

1. D’un courrier simple de son médecin précisant le type de congé demandé : ordinaire, de longue durée, de longue maladie ou de temps partiel thérapeutique.
2. D’un certificat médical circonstancié, sous pli confidentiel fermé, indiquant le diagnostic et les traitements en cours.

Le service des ressources humaines transmet la demande à un expert de la spécialité médicale concernée, qui convoque le fonctionnaire pour un examen médical de contrôle. Celui-ci doit impérativement se présenter avec tous les documents médicaux relatifs à son affection. En cas d’hospitalisation, le signaler impérativement à l’expert.

L’expert rend ses conclusions qui sont examinées par un comité médical départemental qui rend un avis transmis à l’employeur, lequel prend une décision qu’il notifie au fonctionnaire.

La décision est généralement accordée pour une période de 3 à 6 mois, éventuellement renouvelable.

**CONGE DE MALADIE ORDINAIRE**

**Durée totale :**

* 1 an

**Maintien du traitement**

* Plein traitement : 3 mois
* Demi-traitement : 9 mois

**CONGE DE LONGUE MALADIE**

**Conditions**

Maladie rendant impossible l’exercice des fonctions, présentant un caractère invalidant et une gravité confirmée, nécessitant un traitement et des soins prolongés.

**Durée totale :**

* 3 ans

**Maintien du traitement**

* Plein traitement : 1 an
* Demi-traitement : 2 ans

**CONGE DE LONGUE DUREE**

**Conditions**

Etre atteint d’une des 5 affections ci-dessous :

Tuberculose, maladie mentale (hors alcoolisme), affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.

**Durée totale :**

* 5 ans

**Maintien du traitement**

* Plein traitement : 3 ans
* Demi-traitement : 2 ans

**SUITES A L’ISSUE DES DEMANDES DE CONGES**

**Visite de reprise**

Une visite médicale de reprise est obligatoire dans les 8 jours suivant un arrêt de travail de plus de 3 semaines. Lorsqu’une modification de l’aptitude au travail est prévisible, la visite médicale de reprise peut être effectuée avant la date de reprise du travail.

**Inaptitude**

Saisine de la Commission de réforme qui statue sur la mise à la retraite pour invalidité

**Maintien de la rémunération**

Dans l’attente des décisions statutaires de renouvellement des différents congés, de mise en retraite pour invalidité, le fonctionnaire bénéficie d’un maintien de sa rémunération antérieure.

**COMITE MEDICAL**

Le comité médical est une instance consultative départementale qui rend des avis aux administrations concernées pour toute prolongation d’arrêt de travail de plus de 6 mois, pour l’octroi des CLM et CLD et leurs renouvellements, pour toute réintégration après 12 mois d’arrêt, et les éventuels aménagements des conditions de travail consécutifs à une réintégration, pour une mise en disponibilité d’office pour raison de santé, pour un reclassement dans un autre emploi.

Il mandate un expert de la discipline médicale concernée et rend son avis sur la base des conclusions de l’expert.

**SCHEMA DU DEROULEMENT DE LA PROCEDURE DEVANT LE COMITE MEDICAL**

**Maladie**

**Consultation du médecin traitant**

**Demande de congé assortie d’un certificat médical adressé à l’employeur**

**Si congé de plus de 6 mois, CLD ou CLM :**

**Saisine du comité médical, par courrier simple**

**+ Lettre du médecin**

**+ Certificat médical détaillé, sous pli fermé**

**Constitution du dossier de saisine du comité médical par l’employeur**

**Convocation par l’expert médical**

**Avis du comité médical**

**Recours possible devant le comité médical supérieur**

**Décision prise par l’employeur**

**Recours possible devant le tribunal administratif**

***Pour plus de détail sur les mesures relatives aux congés de maladie des fonctionnaires,***

* **Télécharger le guide édité par le ministère des affaires sociales et de la santé :**

[**http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\_protection\_sociale\_fonctionnaires\_hospitaliers\_-\_2014-4.pdf**](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_protection_sociale_fonctionnaires_hospitaliers_-_2014-4.pdf)

*(Sources : Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers édité par la DGOS et la DGCS, disponible sur le site :* [*http://www.sante.gouv.fr/*](http://www.sante.gouv.fr/) *, Actualisé le 25/04/2014 : site* [*http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/*](http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/)*)*