



Guide de l'assurance- maladie

février 2010

Table des matières

Introduction	5
I - Les prestations	7
A. Les prestations en nature servies aux bénéficiaires.....	7
1. Les frais pris en charge :.....	7
2. Les bénéficiaires :.....	7
3. Les conditions d'ouverture des droits :.....	8
4. Le maintien de droit :.....	8
5. Le taux de prise en charge :.....	9
6. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés :.....	10
7. Les forfaits et les franchises :.....	11
B. Les prestations en espèces.....	11
1. Conditions d'ouverture :.....	12
2. Durée de versement et montant :.....	12
C. L'hospitalisation.....	12
II - Les régimes	15
A. Le régime général des salariés :.....	15
B. Le régime agricole (MSA).....	16
C. Le régime social des indépendants (RSI) :.....	17
D. les régimes spéciaux :.....	18
III - La couverture complémentaire	19
A. Les mutuelles ou les sociétés mutualistes :.....	19
B. Les sociétés d'assurance :.....	20
C. Les institutions de prévoyance :.....	21
IV - Les dispositifs d'accès aux soins	23

A. La couverture maladie universelle de base (CMU) :.....	24
B. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C):.....	24
C. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :.....	25
D. L'aide médicale d'Etat (AME) :.....	25
E. Comparaison des dispositifs.....	26

Introduction



La sécurité sociale est un ensemble d'institutions ayant pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux.

La sécurité sociale est composée d'organismes ayant en charge la gestion de quatre branches : maladie, accidents du travail, famille et vieillesse (retraite).

L'assurance maladie est la branche qui couvre le risque maladie, l'invalidité, le décès et la maternité.

Il existe plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoires, les personnes y sont affiliées en **fonction principalement de leur activité professionnelle**.

Les trois régimes les plus importants sont :

1. le régime général des salariés ;
2. le régime agricole ;
3. le régime social des indépendants ;

Les régimes d'assurance maladie obligatoires versent à leurs bénéficiaires (assurés et ayants droit) des prestations **en nature** et des prestations **en espèces**.

Seront principalement présentées ici les prestations servies par le régime général des salariés étant précisé que les prestations en nature sont les mêmes quelque soit le régime d'appartenance, les taux de prise en charge pouvant, quant à eux, être plus ou moins avantageux selon les régimes. Les prestations en espèces sont quant à elles différentes d'un régime à l'autre.

Les prestations

Les prestations en nature servies aux bénéficiaires	7
Les prestations en espèces	11
L'hospitalisation	12

A. Les prestations en nature servies aux bénéficiaires

1. Les frais pris en charge :

L'assurance maladie prend en charge le remboursement :

- des frais de soins médicaux (frais de médecine générale ou spécialisée, frais d'examens de laboratoire...);
- des frais paramédicaux (soins infirmiers, soins de masso - kinésithérapie...);
- des frais pharmaceutiques ;
- des frais d'appareillage ;
- des frais de transports ;
- des frais d'hospitalisation ;
- des frais d'hébergement des enfants handicapés...

2. Les bénéficiaires :

L'assuré et ses ayant-droit

Peuvent bénéficier de ces prestations **l'assuré mais aussi ses ayants droit** lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes assujettis à un régime d'assurance maladie.

Peuvent être reconnus comme ayants droit de l'assuré :

- le conjoint non divorcé ;
- les enfants de moins de seize ou vingt ans, s'il poursuit des études ou s'il est incapable physiquement ou mentalement de se procurer une activité ;
- les ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au troisième degré qui vivent au domicile de l'assuré et s'occupent d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à charge de l'assuré ;
- la personne qui vit maritalement ou qui a conclu un pacte civil de solidarité avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente ;
- la personne autre que celles énumérées ci-dessus qui vit avec l'assuré social

depuis au moins douze mois consécutifs, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente.

- A partir de seize ans l'enfant est considéré par l'assurance maladie comme « autonome » ; il possède donc sa propre carte vitale et doit choisir un médecin traitant. Il reste cependant ayant droit de ses parents jusqu'à vingt ans dans un certain nombre de cas, notamment lorsqu'il poursuit ses études.

3. Les conditions d'ouverture des droits :



Fondamental

Le droit au remboursement varie selon la durée de l'activité salariée.

Sont assimilées à des périodes de travail salarié les périodes de congés payés ainsi que les périodes correspondant à l'indemnité de préavis et à certaines périodes durant lesquelles l'assuré ne travaille pas (chômage partiel, chômage intérimaires, maladie, maternité, accidents du travail...).

Il est ouvert pendant deux ans si le salarié justifie :

- soit d'un salaire, au titre d'une année civile, au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire (au premier janvier de l'année civile) ;
- soit d'au moins 1 200 heures de travail salarié ou de périodes assimilées (maladie, chômage...) pendant cette même année ;

Il est ouvert pendant un an si le salarié justifie :

- soit d'un salaire au moins égal à 60 fois le SMIC horaire (valeur au premier jour de la période de référence), au cours d'un mois civil ou 30 jours consécutifs (ou 120 fois le SMIC horaire sur trois mois) ;
- soit d'au moins 60 heures de travail au cours de cette même période (ou 120 heures de travail sur 3 mois).

Pour les salariés nouvellement assurés

Pour les salariés nouvellement assurés, la condition d'un minimum de cotisations ou d'heures de travail exigée ne s'applique pas pendant les trois premiers mois, à compter de la date de leur entrée dans le régime.



Remarque : Règles particulières

Il existe des règles particulières d'ouverture des droits pour certaines professions : assistante maternelle, journaliste-pigiste, concierge, travailleur à domicile notamment.

4. Le maintien de droit :

Tout assuré ou ayant droit qui cesse de remplir les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie en tant qu'assuré ou ayant droit bénéficie du maintien de ses droits pendant une période de douze mois à partir de la date à laquelle les conditions ne sont plus remplies.

Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droit.



Exemple

Ainsi, une personne n'ayant travaillé qu'un mois sera couverte dès qu'elle a totalisé 60 heures et jusqu'au 12ème mois suivant l'arrêt de travail. Il suffit donc d'exercer une activité salariée un mois tous les douze mois pour bénéficier du remboursement de soins de façon permanente !

5. Le taux de prise en charge :

Le principe du " ticket modérateur"

Le principe est le paiement par le bénéficiaire d'un « ticket modérateur » c'est à dire la part qui reste à la charge du bénéficiaire après le remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Le taux de remboursement ou de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire varie selon la nature des frais engagés ; il est égal à 35%, 65% ou 100% .pour les médicaments, à 70% pour les frais médicaux, à 60% pour les actes d'auxiliaires médicaux, à 65% pour les frais de transports sanitaires et à 80 ou 100% pour les frais hospitaliers. (cf tableau page 8).

A noter qu'un nouveau taux de prise en charge fixé à 15% vient d'être voté ; il permettra une prise en charge réduite des médicaments ayant un service médical rendu faible. Il entrera en vigueur courant 2010.

Le taux de prise en charge peut-être porté à 100%. Il existe en effet des exonérations du ticket modérateur d'ordre administratif et d'autres d'ordre médical.

Les exonérations d'ordre administrative

Les exonérations d'ordre administrative ne nécessitent aucune démarche de la part du bénéficiaire ou du praticien. Elles sont liées à la situation de la personne, à la nature des actes ou des traitements.

On trouve dans cette catégorie les exonérations liées à la perception d'une rente accident du travail avec un taux d'invalidité de plus de 66% ou d'une pension d'invalidité versée par la CPAM ; celle accordée les quatre derniers mois de grossesse ; celle accordée lorsque l'acte pratiqué est coté avec un coefficient supérieur à 50 ; enfin, les exonérations accordées à partir du 31ème jour d'hospitalisation, pour l'hospitalisation des nourrissons dans les trente premiers jours de leur vie, l'hébergement en section de cure médicale des maisons de retraite, les frais d'éducation spéciale des enfants handicapés...

Les exonérations d'ordre médical

Les exonérations d'ordre médical sont accordées par le médecin conseil de la CPAM sur demande du bénéficiaire ou de son médecin. Elles concernent notamment la prise en charge de la stérilité, des affections de longue durée (ALD) ou encore la prise en charge des mineurs victimes de sévices sexuels.

S'agissant des ALD, il existe trois typologies : les affections dites « ALD 30 » c'est-à-dire les affections inscrites sur une liste fixée par arrêté ministériel, les affections dites hors liste (affection grave caractérisée de forme évolutive ou invalidante nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois) et enfin les poly pathologies (plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique caractérisé nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois).

Les taux de prise en charge

Taux de remboursement des actes et des soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie	Cas général
Honoraires	
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%
Analyses et examens de laboratoire	
Actes en B (actes de biologie)	60%
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70%
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60%
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100%
Médicaments	
Médicaments à vignette blanche	65%
Médicaments à vignette bleue	35%
Médicaments à vignette orange	15%
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100%
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65%
Autres frais médicaux	
Optique	65%
Prothèses auditives	65%
Pansements, accessoires, petit appareillage	65%
Orthopédie	65%
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100%
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100%
Frais de transport	65%
Cure thermique libre (sans hospitalisation)	
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70%
Frais d'hydrothérapie, frais d'hébergement, frais de transport	65%
Cure thermique avec hospitalisation	80%
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)	
Frais d'hospitalisation (4)	80%
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100%

Tableau 1 les taux de prise en charge

6. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés :

Depuis le 1er janvier 2005, chaque patient de plus de seize ans doit **choisir un médecin traitant** qui l'orientera dans son parcours de soins. Les enfants de moins de seize ans ne sont donc pas concernés.

- Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Une déclaration doit être faite à la caisse primaire d'assurance maladie.
- Le choix du médecin traitant est réversible à tout moment ; une nouvelle déclaration doit alors être faite.
- Les **pédiatres, les médecins ophtalmologistes, les psychiatres et les gynécologues** restent, sous certaines conditions, des spécialistes que l'on peut consulter sans passer par son médecin traitant.

Le médecin traitant doit coordonner le parcours de soins de l'assuré, à l'aide du dossier médical personnel, c'est donc lui qui oriente le patient vers un médecin spécialiste en cas de besoin.

Si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins, par exemple en consultant un médecin sans être orienté par son médecin traitant, le montant de ses

remboursements pourra être diminué de 40 %.

7. Les forfaits et les franchises :

le forfait de un euro

Depuis le 1er janvier 2005 un **forfait de un euro** est retenu par consultation ou acte médical, mais aussi sur les actes radiologiques et sur les analyses de biologie médicale dans la limite de quatre euros par jour et de cinquante euros par an.

Sont exonérés de cette participation forfaitaire les enfants de moins de dix-huit ans, les personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide médicale d'Etat, les femmes enceintes (dès le 1er jour de leur 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement).

les franchises

Depuis janvier 2008 les franchises, instaurées par la loi de financement de la sécurité social pour 2007, viennent également augmenter la participation des assurés aux frais de soins. Elles s'élèvent à 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical et de deux euros par frais de transports.

Il ne peut être prélevé plus de deux euros par jour pour les actes paramédicaux et plus de quatre euros par jour pour les frais de transports. La limite annuelle est fixée à cinquante euros par bénéficiaire.

Sont exclues les personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide médicale d'Etat, les enfants de moins de dix-huit ans, les femmes enceintes (dès le 1er jour de leur 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement).

participation forfaitaire du patient

Depuis le 1er septembre 2006 une participation forfaitaire de dix-huit euros est à la charge du patient pour tous les actes dont le tarif est égal ou supérieur à quatre-vingt onze euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à cinquante, qu'ils soient pratiqués en **cabinet de ville** (depuis le 1er décembre 2007), dans un **centre de santé** ou en **établissement de santé** (hôpital ou clinique) dans le cadre de consultations externes.

Cette participation s'applique également aux **frais d'hospitalisation** en établissement de santé (hôpital ou clinique) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou de diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à quatre-vingt onze euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à cinquante.

B. Les prestations en espèces

Les prestations en espèces sont les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie, maternité ou accident du travail. Elles visent à compenser la perte de revenus due à la maladie, à la maternité ou à l'accident de travail. Ainsi, elles ne sont pas versées aux ayants droit de l'assuré qui par définition ne « travaillent » pas.

Elles sont versées sous conditions et leur montant varie selon qu'il s'agit d'un arrêt maladie, maternité ou d'un arrêt dû à un accident du travail.

1. Conditions d'ouverture :

arrêt de travail pour maladie < 6 mois

En cas d'arrêt de travail pour cause de maladie de moins de six mois, il faut avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédents ou avoir cotisé sur un salaire, au cours des six mois précédant l'interruption de travail, au moins égal à 1 015 fois le SMIC horaire.

arrêt de travail pour maladie > 6 mois

Pour un arrêt de plus de six mois il faut avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze mois précédant l'interruption de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois ou avoir cotisé sur un salaire, au cours des douze mois précédant l'interruption de travail, au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire, dont au moins 1015 fois le SMIC horaire au cours des six premiers mois et enfin être immatriculé depuis au moins douze mois depuis le premier jour du mois de l'interruption de travail.

arrêt de travail lié à une maternité

En cas d'arrêt de travail lié à une maternité il est possible de bénéficier d'indemnités pendant le congé maternité si la bénéficiaire cesse son activité professionnelle pendant au moins huit semaines, et si elle a travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédant la date de début de grossesse ou de début du repos prénatal, ou a cotisé sur un salaire au moins équivalent à 1015 fois le SMIC horaire au cours des six derniers mois précédant la date de début de grossesse ou de début du congé prénatal.

Il faut en outre justifier de dix mois d'immatriculation (possession d'un numéro d'assuré social) à la date présumée d'accouchement.

2. Durée de versement et montant :

Durée du versement

En cas de maladie, les indemnités sont versées, après un délai de carence de trois jours, à partir du 4ème jour d'arrêt de travail jusqu'au 6ème mois d'arrêt.

D'autre part, on ne peut percevoir plus de 360 indemnités journalières sur une période de trois ans.

En cas de maternité, les indemnités journalières sont versées dès le premier jour du congé maternité.

Montant du versement

Leur montant est calculé à partir du salaire brut sous plafond perçu au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail (moyenne calculée sur quatre-vingt dix jours). Il est égal à 48,08 euros (1) maximum dans le cas général. Pour l'assuré ayant 3 enfants à charge, ce montant est porté à 64,11 euros maximum après le 31ème jour d'arrêt. Au bout de trois mois, ces montants peuvent être majorés.

En cas de maternité, le montant minimum des indemnités journalières de maternité est fixé à 8,64 euros. L'indemnité journalière de repos ne peut cependant pas dépasser 77,24 euros.

C. L'hospitalisation

Les frais liés à l'hospitalisation dans un établissement public ou privé conventionné

sont **pris en charge à 80 % par l'assurance maladie.**

Reste à la charge de l'assuré le forfait journalier qui est censé représenter la participation financière du patient aux frais d'hébergement (hôtellerie et restauration) entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait est dû pour tout séjour **supérieur à vingt-quatre heures** dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé depuis le 1er janvier 2010 à 18 euros par jour (13,50 euros par jour en service psychiatrique).

Les régimes



Le régime général des salariés :	15
Le régime agricole (MSA)	16
Le régime social des indépendants (RSI) :	17
les régimes spéciaux :	18

Actuellement, l'organisation de l'assurance maladie compte plusieurs régimes obligatoires auxquels sont affiliés les assurés en fonction, pour la plupart, de leur situation professionnelle.

A côté du régime général des salariés, du régime social des indépendants et du régime agricole subsistent des régimes particuliers, comme le régime des fonctionnaires et le régime des étudiants, et des régimes spéciaux qui couvrent, par exemple, les marins ou encore le personnel de la SNCF.

Dans le cadre des régimes particuliers, il s'agit en fait du régime général qui délègue la gestion du risque pour telle ou telle catégorie d'assurés. S'agissant des régimes spéciaux, il s'agit d'organisations indépendantes du régime général.

A. Le régime général des salariés :

Le régime général couvre environ **85% de la population**. C'est de loin le régime le plus important d'autant qu'un certain nombre de personnes y sont rattachées du fait de leur situation (ex : bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé - AAH).

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère la branche maladie et, dans le cadre d'une gestion distincte, la branche accidents du travail - maladies professionnelles (gérée conjointement avec la commission nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles).

La CNAMTS définit les orientations et pilote le réseau des organismes chargés de les mettre en oeuvre :

Au niveau local et départemental : cent une Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine (depuis le 1er janvier 2010) et quatre Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer qui recouvrent les cotisations et servent les prestations.

Au niveau régional : il existait 16 Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) intervenant en matière de prévention et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elles agissaient aussi dans le secteur de l'hospitalisation avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) désormais intégrées dans les agences régionales de santé (ARS).



Attention

La loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 transforme ces caisses régionales d'assurance maladie en caisses d'assurance retraite et de santé au travail, leurs compétences en matière de gestion du risque maladie étant transférées aux ARS.

B. Le régime agricole (MSA)

Organisation

Le régime agricole est le régime obligatoire d'assurance maladie des professions agricoles. Il est également compétent en matière de famille et de retraite. Ce régime gère donc l'ensemble de la protection sociale des professions agricoles.

Le régime agricole est composé de la **Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole** (CCMSA) qui est la caisse nationale. Elle contribue avec les caisses pluri-départementales à la mise en œuvre de la politique sociale agricole définie par le ministère de l'agriculture et représente le régime au niveau national et auprès des tiers.

Le **conseil central d'administration** règle par ses délibérations les affaires de la Caisse centrale dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires.

Ce conseil est composé de vingt-sept membres élus par l'assemblée générale centrale de la mutualité sociale agricole. Il est constitué de trois collèges : celui des exploitants et chefs d'entreprise agricole non employeurs de main-d'œuvre, celui des salariés de l'agriculture et celui des employeurs de main-d'œuvre à titre permanent. Siègent également deux représentants des familles désignés par l'UNAF. Le conseil est complété par trois représentants du personnel, ayant voix consultative, désignés par le comité d'entreprise. Les représentants de l'UNAF doivent appartenir au collège des salariés de l'agriculture et au collège des chefs d'entreprise agricole ou à celui des exploitants.

La CCMSA anime un réseau de trente-cinq caisses départementales ou pluri-départementales. Ces caisses couvrant l'ensemble de la sécurité sociale agricole, elles offrent ainsi un **"guichet unique"** pour les assurés. Elles encaissent les cotisations et versent les prestations au titre des risques de la protection sociale agricole (maladie, maternité, famille, vieillesse et accidents du travail). Elles exercent également des actions de promotion de la santé et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Sont affiliés au régime agricole l'ensemble des professions du monde agricole salarié ou indépendant.

Indemnités et prestations

S'agissant de la maladie, les **taux et les conditions de remboursement** des dépenses de santé sont identiques à ceux du régime général ou du RSI.

Concernant les **indemnités journalières** en cas de maladie, les prestations pour les salariés agricoles sont équivalentes à celles servies aux salariés du régime général. En revanche, les non salariés agricoles ne bénéficient pas d'indemnités journalières en cas de maladie.

A propos des indemnités journalières en cas **d'accidents de travail** et de maladies professionnelles, les salariés agricoles bénéficient des mêmes prestations que les autres salariés. Les non salariés agricoles peuvent également prétendre à des indemnités journalières depuis le 1er avril 2002.

Enfin, s'agissant des indemnités versées en cas de **maternité**, les salariées

agricoles bénéficient du même régime que l'ensemble des salariées. Les exploitantes agricoles, quant à elles, peuvent prétendre à une allocation de remplacement sous certaines conditions.

C. Le régime social des indépendants (RSI) :

Organisation

Le Régime Social des Indépendants (RSI) est le régime obligatoire de sécurité sociale qui assure, d'une part, la couverture maladie et retraite des artisans et des commerçants et, d'autre part, la couverture maladie des professions libérales. Issu de la fusion, le 1er juillet 2006, de trois réseaux (maladie des artisans, commerçants et professions libérales, vieillesse des artisans et vieillesse des commerçants), le Régime Social des Indépendants remplit, en outre, depuis le 1er janvier 2008 la mission d'interlocuteur social unique du chef d'entreprise indépendant.

Le RSI est composé d'**une caisse nationale** qui détermine la politique générale du régime, assure son unité financière et représente l'institution auprès des pouvoirs publics.

Au niveau territorial, le RSI est organisé en vingt-six caisses régionales dans l'hexagone (une par région administrative, trois en Ile-de-France, deux en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux en région Rhône-Alpes). Les DOM disposent de deux caisses (une caisse pour les Antilles et la Guyane et une pour la Réunion). Enfin, les professions libérales disposent de deux caisses (une pour la région Ile-de-France et une pour la province).

Cet ensemble est complété par un réseau d'organismes conventionnés (organismes privés ayant conclu une convention avec le régime) qui sont chargés de la gestion des prestations maladie et maternité.

L'UNAF est représentée avec voix consultative au conseil d'administration de la caisse nationale du RSI. Deux sièges lui sont attribués (deux titulaires et deux suppléants). Cependant, il n'y a plus depuis 2006 de représentation familiale au sein des caisses régionales.

Personnes affiliées

Sont affiliés obligatoirement au RSI les chefs d'entreprise artisans inscrits au registre des métiers, les chefs d'entreprise commerçants et industriels inscrits au registre du commerce et des sociétés, certains dirigeants ou associés de société (les associés et gérant d'EURL, les associés en nom collectif, les gérants majoritaires de SARL...), les professions libérales, les conjoints des artisans ou commerçants qui ont choisi le statut de conjoint collaborateur et les assurés volontaires qui ont choisi de continuer à cotiser au régime.

Ce régime couvre près de 3.3 millions de bénéficiaires avec 1.8 millions de cotisants.

prestations et indemnités

Depuis 2001, les **prestations en nature** sont équivalentes à celles servies par le régime général des salariés.

Pour les **prestations en espèce**, les artisans peuvent prétendre, depuis le 1er juillet 1995, — depuis le 1er juillet 2000 pour les commerçants — à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie. Pour les professions libérales ce système n'existe pas. De même, il n'y a pas de prise en charge particulière en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle ; leur prise en charge est la même qu'en cas de maladie.

S'agissant des indemnités versées en cas de **maternité**, le RSI verse une allocation de repos maternel et une indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité pour les femmes chef d'entreprise (ou indemnité de remplacement pour les conjointes collaboratrices).

D. les régimes spéciaux :

Quelques exemples

Il existe encore des régimes spéciaux indépendants les uns des autres mais regroupés au sein de l'Union Nationale des Régimes Spéciaux (UNRS). On peut notamment citer :

- le régime des fonctionnaires et des magistrats ;
- le régime des militaires ;
- le régime des mines ;
- le régime spécial d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de la chambre de commerce et de l'industrie de Paris ;
- la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ;
- le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ;
- le régime des avocats ;
- la caisse de prévoyance du personnel titulaire du port autonome de Bordeaux
- le Sénat
- le fonds de sécurité de l'Assemblée Nationale
- la caisse de dépôt et de consignation
- l'union de protection et des prestations sociales de la RATP...

Des systèmes très divers

Ces régimes ont une origine historique ancienne. Sans même remonter au système de retraite créé par Colbert au profit des marins, une mosaïque de régimes s'est progressivement constituée depuis le XIXe siècle : Banque de France (1806), Comédie Française (1812), Chemin de fer (1855), mines (1894). Malgré l'ambition universaliste de l'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant la sécurité sociale, ces régimes ont finalement été maintenus en raison de deux facteurs essentiels :

1. un niveau de protection sociale supérieur à celui offert aux salariés de droit commun
2. un fort attachement à leur régime des assurés concernés.

Par ailleurs, bien qu'organisés sur une base professionnelle restreinte, ces régimes ont la capacité d'exercer une pression très forte sur la puissance publique.

L'organisation et le fonctionnement diffèrent grandement selon les régimes. Certains assurent l'intégralité de la protection sociale de leurs membres, tels que le régime des marins, celui des agents de la SNCF ou des clercs et employés de notaires.

D'autres n'offrent qu'une protection sociale partielle, les assurés étant couverts par ailleurs pour les autres risques. On peut ainsi citer, pour la branche maladie, le régime du personnel titulaire du Port autonome de Bordeaux.

Les régimes spéciaux prennent en charge actuellement une population de près de **cinq millions de personnes**. L'attachement des bénéficiaires à leurs régimes témoigne de l'intérêt d'organisations calquées sur l'activité professionnelle prenant en compte les contraintes des différents métiers.

- d'enseignants, de cadres, d'étudiants...).
- Ce sont des sociétés destinées à la protection des personnes et non des biens.

Organisation

Le nombre actuel des mutuelles avoisine les six mille, tout en sachant que 15% d'entre elles réalisent 80% des prestations.

Les mutuelles sont regroupées au sein de fédérations, la plus importante étant la *Fédération Nationale de la Mutualité Française*¹ (FNMF) qui regroupe 95% des mutuelles.

Elles proposent des contrats groupe ou des contrats individuels, les tarifs variant en fonction des garanties offertes.

B. Les sociétés d'assurance :

Définition

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des sociétés d'assurance. Deux catégories de sociétés d'assurance intéressent la complémentaire santé :

Les assurances qui couvrent les risques maladie, les accidents et leurs conséquences ; on parle alors d'assurance IARD (incendies, accidents et risques divers) ;

Des assurances de personnes (assurance décès, assurance vie ou les deux à la fois).

organisation

Les sociétés d'assurance sont constituées sous forme de sociétés anonymes (sociétés à but lucratif régies par le code civil et le code des assurances) ou de sociétés d'assurance mutuelle qui sont des sociétés de personnes définies par le code des assurances et dont les fonds sont apportés par les assurés. Ces dernières n'ont pas de but lucratif.

Les sociétés d'assurance sont regroupées au sein de la *Fédération Française des Sociétés d'Assurance*² (FFSA). La FFSA regroupe deux cent cinquante quatre entreprises représentant 90 % du marché français de l'assurance.

Tout comme les mutuelles, elles proposent des contrats groupe ou des contrats individuels, les tarifs variant en fonction des garanties offertes.

1 - <http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise>

2 - <http://www.ffsa.fr/>

Les mutuelles	Les sociétés d'assurance
Sociétés de personnes financées par les cotisations	
But non lucratif	Réalisation de bénéfices distribués aux actionnaires
Protection de la personne humaine	Protection des biens, des responsabilités et des personnes
Gestion assurée par des administrateurs bénévoles élus par les adhérents	Gestion assurée par des dirigeants désignés par les actionnaires
Pas de recours à des intermédiaires commissionnés pour recruter des adhérents	Réseau d'agents d'assurance ou de courtiers commissionnés
Solidarité entre les membres et absence de sélection des risques	Gestion du risque : choix des populations assurées et adaptation des tarifs aux risques

C. Les institutions de prévoyance :

Définition

Les institutions de prévoyance sont régies par le **code de la sécurité sociale**. Il existe trois type d'institutions de prévoyance :

1. Les institutions professionnelles constituées par la conclusion d'un accord collectif ou d'une convention (intervention pour une profession ou une catégorie professionnelle) ;
2. Les institutions interprofessionnelles constituées par délibération des représentants des entreprises adhérentes et des représentants des salariés. Elles sont ouvertures à plusieurs branches, professions ou entreprises ;
3. Les institutions d'entreprises constituées par la conclusion d'un accord entre employeurs et salariés.

Les institutions de prévoyance proposent par conséquent essentiellement des **contrats groupe**.

Elles peuvent intervenir en matière de couverture maladie en complément de la sécurité sociale, mais aussi en cas d'accident, de chômage, de décès, de retraite et d'action sociale.

Organisation

Les institutions de prévoyance sont regroupées au sein du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) créé en février 1986. Aujourd'hui, il compte soixante-dix membres, soit quasiment la totalité des institutions de prévoyance existantes.

Les dispositifs d'accès aux soins

IV

La couverture maladie universelle de base (CMU) :	24
La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) :	24
L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :	25
L'aide médicale d'Etat (AME) :	25
Comparaison des dispositifs	26

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a mis en place à compter du 1er janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

Un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire français, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;

Un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite avec dispense d'avance des frais ;

Le premier volet, pour la couverture de base, améliore l'accès aux soins pour les personnes en situation de grande exclusion ou momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance maladie (à l'issue d'une période de maintien des droits par exemple).

Il simplifie également nombre de situations en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national.

La loi portant création de la **CMU** prévoit, pour les personnes affiliées auparavant à l'assurance personnelle, une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil paieront une cotisation calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touche environ 10 % de la population.

A côté de ce dispositif, la loi de 1999 a également réformé l'**Aide Médicale d'État (A.M.E.)** qui s'adresse aux personnes étrangères sans titre de séjour. Elle peut aussi être accordée exceptionnellement à titre humanitaire.

Enfin, la loi du 13 août 2004 a créé l'**aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**. Il s'agit d'une aide financière réservée aux contrats à adhésion individuelle, accordée sous condition de ressources et variable selon l'âge des bénéficiaires.

Aussi, à ce jour plusieurs dispositifs existent :

1. La couverture maladie universelle de base ;
2. La couverture maladie universelle complémentaire ;
3. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
4. L'aide médicale d'Etat ;

A. La couverture maladie universelle de base (CMU) :

La couverture maladie universelle vise à couvrir l'ensemble de la population résidant légalement en France. Ainsi, toutes les personnes n'appartenant à aucun régime obligatoire d'assurance maladie en qualité d'assuré ou d'ayant droit peuvent bénéficier de la CMU de base. Les personnes à l'issue de la période de maintien des droits peuvent être dans cette situation si elles ne peuvent prétendre à une couverture maladie à un autre titre.

La résidence en France doit être stable et régulière depuis plus de trois mois. Les personnes sans domicile doivent élire résidence auprès, par exemple, d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale.

Une cotisation de 8 % du revenu fiscal de référence est due lorsque la personne a un revenu supérieur à un plafond défini annuellement.

Ainsi, la personne ne devra pas acquitter de cotisation si son revenu fiscal de référence est inférieur à ce plafond (c'est le cas notamment pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active ou encore si la personne bénéficie de la C.M.U. complémentaire). En revanche, elle devra acquitter une cotisation si le revenu fiscal de référence est supérieur à ce plafond. Toutefois, la cotisation ne portera que sur la partie des revenus supérieure au plafond.

Les bénéficiaires de la CMU de base bénéficient de la dispense d'avance de frais mais doivent acquitter le ticket modérateur et le forfait journalier en cas d'hospitalisation (non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire). Ils doivent également s'acquitter des franchises applicables aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires.

Les bénéficiaires de la CMU de base sont rattachés à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur domicile.

B. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C):

définition

La couverture maladie universelle complémentaire offre aux personnes qui peuvent en bénéficier une couverture maladie complémentaire gratuite.

La CMU complémentaire est accordée, sous condition de ressources, pour un an si la résidence en France de la personne est stable et régulière depuis au moins trois mois. Pour un étranger, il devra disposer, en outre, d'un titre de séjour.

L'ensemble des ressources du foyer (du demandeur, de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, de ses enfants et de toute autre personne de moins de vingt-cinq ans vivant sous le même toit ou figurant sur la déclaration fiscale...) des douze mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond annuel fixé par décret. Il est tenu compte de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge.

Les bénéficiaires du revenu minimum de solidarité hier et du RSA aujourd'hui bénéficient d'office de la CMU-C.

Si la demande de CMU complémentaire n'a pas été effectuée en même temps que la constitution du dossier de RSA, la personne doit en faire la demande auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Les bénéficiaires du RSA socle n'ont pas à compléter la déclaration de ressources mais doivent joindre à leur dossier une copie de l'attestation de dépôt d'une

demande de RSA portant la mention «ressources inférieures au montant forfaitaire».

prise en charge

Les frais de soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Aussi, en théorie, les bénéficiaires ne devraient pas avoir à payer leurs frais de soins.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur et les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés du paiement des franchises, ainsi que de la participation forfaitaire de un euro.

La CMU complémentaire peut être gérée par le régime de sécurité sociale de base ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances ou institution de prévoyance) choisi sur une liste fixée par arrêté préfectoral. Si la personne a choisi un organisme complémentaire elle bénéficiera en cas de sortie du dispositif d'un tarif privilégié auprès de cet organisme.

C. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie a mis en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé afin de palier les « effets de seuil » de la CMU-C. L'aide consiste en une prise en charge partielle des cotisations dues à un organisme complémentaire pour les personnes dont les revenus dépassent, dans la limite de 20%, le plafond fixé pour la CMU-C.

L'appréciation des ressources est effectuée par les caisses d'assurance maladie des régimes de base dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la CMU complémentaire.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge :

- 100 euros pour les moins de 16 ans ;
- 200 euros de 16 à 49 ans ;
- 350 euros pour les 50 à 59 ans ;
- 500 euros pour les plus de 60 ans ;

D. L'aide médicale d'Etat (AME) :

L'AME est destinée aux étrangers qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois mais qui ne disposent pas d'un titre de séjour régulier. Par ailleurs, une condition de ressources a été introduite ; les revenus des demandeurs ne doivent pas dépasser le plafond applicable pour l'admission à la CMU-C.

L'AME est attribuée pour **un an renouvelable**. Une nouvelle demande doit alors être déposée.

Elle permet la prise en charge des frais de soins dans les conditions de droit commun. Toutefois, le bénéficiaire de l'AME n'a pas à faire l'avance des frais.

E. Comparaison des dispositifs

Tableau comparatif

Conditions d'attribution	CMU de base	CMU-C	ACS	AME
Stabilité du séjour (3 mois de résidence ininterrompue en France métropolitaine)	oui	oui	oui	oui
Régularité du séjour	oui	oui	oui	non
Plafond de ressources	non	oui	oui	oui
Subsidiarité	Ne pas bénéficier d'une autre couverture	non	non	non
Période de référence prise en compte pour l'examen des ressources	Année fiscale	12 derniers mois	12 derniers mois	12 derniers mois
Ressources prises en compte	Revenu fiscal de référence	Ressources effectivement perçues par les membres du foyer	Ressources effectivement perçues par les membres du foyer	Ressources effectivement perçues par les membres du foyer
Evaluation du train de vie	Oui si doute	Oui si doute	Oui si doute	non
Instruction de la demande	Par les CPAM	Par les caisses d'assurance maladie Tout régime	Par les caisses d'assurance maladie Tout régime	Par les caisses d'assurance maladie Tout régime
Gestion de droits	CPAM	Par les caisses d'assurance maladie ou organisme complémentaire habilité	Par les organismes complémentaires	CPAM
Prestations	Prise en charge des prestations en nature	Paniers de soins	Aide financière	Protection de base + complémentaire dans la limite des tarifs sécu
Financement	Etat ou bénéficiaire	Fonds CMU	Fonds CMU	Etat

Tableau 2 Les différents dispositifs d'accès aux soins