

L'Assurance maladie-maternité prend en charge des frais de santé des assurés et de leurs ayants droit.

### ■ LA PROTECTION MALADIE UNIVERSELLE (PUMA)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la LFSS de 2016 a introduit le principe de la protection maladie universelle. Les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance maladie se trouvent ainsi fortement simplifiées.

#### Principe

Toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé. Les droits à l'Assurance maladie sont donc acquis et continus tout au long de la vie dès lors que l'on travaille (critère d'activité professionnelle) ou réside en France de manière stable et régulière (critère de résidence).

#### DEUX TYPES DE CRITÈRES D'AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

##### • Le critère d'activité

Pour les actifs et les retraités, le régime compétent est déterminé par l'activité professionnelle. Seront donc affiliés à la Sécurité sociale des travailleurs indépendants, les artisans, commerçants et professions libérales ainsi que certains dirigeants ou associés de société exerçant une activité professionnelle indépendante ou percevant leur retraite en droit propre par la Sécurité sociale des travailleurs indépendants.

##### • Le critère de résidence

Il s'entend comme une présence minimale sur le territoire de trois mois à l'ouverture du droit puis de six mois par an lors du renouvellement de droit.

Dans le cadre du critère de résidence, la Sécurité sociale des travailleurs indépendants sera le régime compétent pour prendre en charge les frais de santé pour :

- les assurés n'ayant plus d'activité indépendante et n'ayant pas encore une autre activité professionnelle relevant d'un autre régime d'Assurance maladie ; les conjoints (sens large) et les assurés avec droits gratuits ;
- les ayants droit : les enfants, les ayants droit à charge des travailleurs ou retraités indépendants.

Par ailleurs, cette réforme supprime le statut d'ayant droit majeur. La personne qui atteint 18 ans dans l'année civile devient assurée à titre personnel, soit parce qu'elle travaille (critère d'activité) soit parce qu'elle réside en France (critère de résidence), et dans ce cas elle conserve son dernier régime d'Assurance maladie en qualité de bénéficiaire autonome.

Désormais, seuls les mineurs peuvent être qualifiés d'ayants droit d'un assuré.

En cas de cessation d'activité (radiation), l'artisan, le commerçant ou le professionnel libéral reste protégé par la Sécurité sociale des travailleurs indépendants tant qu'il n'aura pas une nouvelle activité professionnelle relevant d'un autre régime. L'assuré passe donc d'une couverture santé au titre de son activité à une couverture santé au titre de sa résidence.

### ■ NOTION DE PRESTATAIRE SANTÉ

Sont appelés prestataires santé les assurés affiliés à la Sécurité sociale des travailleurs indépendants, ou leurs ayants droit, qui perçoivent des prestations au titre de la maladie ou de la maternité de la part de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants. *A contrario* les assurés à la Sécurité sociale des travailleurs indépendants au titre de leur activité indépendante mais bénéficiaires de la prise en charge de leurs frais de santé auprès d'un autre régime obligatoire d'Assurance maladie sont dits « non prestataires ».

Jusqu'en 2014 et dans le cadre de la poly-activité, le régime compétent pour servir les prestations maladie-maternité était déterminé par l'activité principale de l'assuré. Ainsi, la Sécurité sociale des travailleurs indépendants versait les prestations maladie-maternité aux personnes exerçant une activité principale en tant qu'artisan, industriel ou commerçant ou encore en tant que profession libérale.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a modifié les dispositions réglementaires concernant les poly-actifs. Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles dont l'une est une activité indépendante sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes d'Assurance maladie dont relèvent ces activités. Les prestations maladie-maternité sont versées en continuité par le régime d'affiliation initial (au sein duquel l'assuré est donc prestataire), que l'activité soit principale ou non, sauf demande expresse de l'assuré, sur la base du formulaire de « droit d'option du régime compétent pour servir les prestations en nature des assurés poly-actifs ».

### ■ LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) vise à réduire la charge financière des assurés souffrant d'une maladie longue et coûteuse. Introduit dès 1945 au titre de quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite et maladie mentale), il concerne actuellement plus d'une trentaine de groupes de pathologies.

Une maladie répertoriée au sein des ALD 30 est une affection figurant sur la liste, établie par décret, des trente affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Depuis juin 2012, cette liste a été modifiée excluant du champ de l'exonération l'hypertension artérielle sévère. La liste actualisée est la suivante :

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Les ALD hors liste (ALD 31) sont des maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrite sur la liste des ALD 30, mais comportant un traitement prolongé, ainsi qu'une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une ALD pour pathologies multiples (ALD 32) est reconnue lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant.

Les ALD non exonérantes supposent une interruption de travail ou des soins continus de plus de 6 mois.

Depuis juin 2016, en application de la loi santé 2016, le dispositif des mises en ALD 30 a été simplifié. Le médecin conseil analyse seulement les protocoles de soins concernés par la déclaration argumentée pour l'insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14) ainsi que les maladies métaboliques héréditaires (ALD 17) élargie depuis décembre 2016, à certaines pathologies de l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée). Les 27 affections à déclaration simplifiée ont un accord de principe sans avis du médecin conseil, des contrôles *a posteriori* sont effectués à 6 ou 12 mois selon les affections pour vérifier leur adéquation avec l'état du patient.

Les durées d'exonération du ticket modérateur sont allongées de 3, 5 ou 10 ans selon les pathologies.

## ■ LES PRESTATIONS EN ESPÈCES MATERNITÉ

Les femmes chefs d'entreprise peuvent bénéficier de deux types d'allocations, en plus de la prise en charge des soins liés à la grossesse et l'accouchement : l'allocation forfaitaire de repos maternel et l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

L'allocation de repos maternel, d'un montant forfaitaire de 3 311 € en 2018, est versée en deux fois (au 7<sup>e</sup> mois de grossesse et après l'accouchement).

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité est versée à la femme chef d'entreprise qui s'arrête pendant 44 jours consécutifs dont 14 jours doivent immédiatement précéder la date présumée d'accouchement. Il est possible de prolonger cet arrêt de travail par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs : au taux plein, le montant perçu est alors de 816,45 euros pour chaque période (valeur journalière : 54,43 €)<sup>1</sup>. Quelle que soit la qualité de la bénéficiaire, chef d'entreprise ou conjointe collaboratrice, le montant des prestations est calculé sur la base du revenu professionnel moyen des 3 dernières années d'activité.

Chef d'entreprise		
Montant des prestations en 2018	Revenu moyen supérieur à 3 862,80 € <sup>(1)</sup>	Revenu moyen inférieur à 3 862,80 € <sup>(1)</sup>
Allocation forfaitaire de repos maternel (naissance)	3 311 € versés en 2 fois	331,10 € versés en 2 fois
Allocation forfaitaire de repos maternel (adoption)	1 655,50 € versés en 2 fois	165,55 € versés en 2 fois
Indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité	54,43 €/jour soit 2 394,92 € pour 44 jours	5,443 €/jour soit 239,49 € pour 44 jours

<sup>(1)</sup>Moyenne de 10 % des PASS 2015, 2016 et 2017.

Conjointe collaboratrice		
Montant des prestations en 2018	Revenu moyen supérieur à 3 862,80 € <sup>(1)</sup>	Revenu moyen inférieur à 3 862,80 € <sup>(1)</sup>
Allocation forfaitaire de repos maternel (naissance)	3 311 € versés en 2 fois	331,10 € versés en 2 fois
Allocation forfaitaire de repos maternel (adoption)	1 655,50 € versés en 2 fois	165,55 € versés en 2 fois
Indemnité complémentaire de remplacement	coût réel dans la limite de 53,52 €/jour	

<sup>(1)</sup>Moyenne de 10 % des PASS 2015, 2016 et 2017.

Les conjointes collaboratrices peuvent bénéficier d'une indemnité de remplacement et d'une allocation de repos maternel, en plus de la prise en charge des soins liés à la grossesse et à l'accouchement. L'allocation de repos maternel est de 3 311 € (versée en 2 fois).

À la différence des femmes chefs d'entreprise, les conjointes collaboratrices bénéficient d'une indemnité de remplacement si elles se font remplacer dans leur(s) activité(s) professionnelle(s) ou ménagère(s) par du personnel salarié pendant 7 jours, au minimum, à 56 jours, au maximum (28 jours en cas d'adoption), durant la période comprise entre 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après. Le montant de cette indemnité de remplacement est égal au coût réel de remplacement dans la limite d'un plafond journalier égal à 1/56 de deux SMIC, soit 53,52 €.

<sup>1</sup> Si l'assuré perçoit le taux plein des prestations en espèce maternité, c'est-à-dire s'il a cotisé sur un revenu au moins égal au montant plancher (3 862,80 € en 2018). En deçà, le taux réduit est servi (10 % du taux plein).

L'Assurance maternité couvre également le congé de paternité et d'accueil de l'enfant au bénéfice du père, ou de l'accueillant, ou du/des parent(s) adoptant(s).

Les lois n°2014-626 du 18 juin 2014 et n°2015-1702 du 21 décembre 2015 (LFSS pour 2016), ont modifié les dispositions législatives en permettant aux assurés chefs d'entreprise, dont les frais de santé sont pris en charge auprès d'un autre régime obligatoire d'Assurance maladie (non prestataires), de bénéficier des prestations en espèces d'assurance maternité dans les mêmes conditions que les prestataires de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants. Les congés de maternité, d'adoption, de paternité et d'accueil de l'enfant sont concernés. Les conjoints collaborateurs relevant à titre personnel d'un autre régime obligatoire d'Assurance maladie et maternité ne peuvent prétendre au bénéfice des prestations en espèces d'assurance maternité de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants.

## ■ LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE (CMU-C)

La CMU de base, gérée exclusivement par le Régime général, est accordée sans condition de ressources, sous les seules conditions de résider de manière stable et régulière en France et de ne pas être affilié à un autre régime de base. La CMU de base disparaît en 2016, dans le cadre de la mise en place de la prestation universelle maladie (PUMA).

La CMU complémentaire (CMU-C) prend en charge gratuitement le ticket modérateur restant habituellement à la charge de l'assuré. Ainsi, elle complète à hauteur de 100 % la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire des tarifs de base de la Sécurité sociale, pour les soins de ville et hospitaliers. Elle couvre également le forfait journalier hospitalier. Des forfaits spécifiques de prise en charge fixés par arrêté, couvrent les soins dentaires prothétiques, l'orthopédie dento-faciale, l'optique et d'autres dispositifs médicaux individuels comme l'audioprothèses. En 2014, les plafonds de tarifs des lunettes ont été augmentés d'environ 40 % pour prendre en charge les frais d'aminçissement des verres en cas de forte correction. Ceux des audioprothèses ont été doublés en contrepartie d'une prise en charge d'un équipement complet renouvelé tous les quatre ans et non tous les deux ans. Les bénéficiaires de la CMU-C bénéficient du tiers payant intégral, c'est-à-dire d'une dispense d'avance de frais pour les dépenses couvertes au titre de l'Assurance maladie obligatoire et au titre de la CMU-C. En outre, ils bénéficient de la garantie de l'accès aux soins aux tarifs opposables (ne peuvent leur être facturés des dépassements d'honoraires) et sont exonérés des participations forfaitaires et franchises. En 2017, le panier de soins dentaires a été revalorisé et élargi avec l'introduction de 8 nouvelles prestations : l'inlay-onlay, la couronne dentaire transitoire, les prothèses amovibles de transition à plaque base résine, de 1 à 3 dents jusqu'à 8 dents.

La CMU-C est accessible sous conditions de ressources aux personnes résidant de manière régulière et stable en France. Le plafond des ressources retenu est variable selon le lieu de résidence (plafond différent dans les Dom) et selon la taille du foyer (en 2018, pour une personne seule, en métropole, les ressources des douze derniers mois ne doivent pas être supérieures à 8 810 €).

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, trois nouvelles mesures ont été instituées par la LFSS 2016 :

- instauration d'une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ;
- versement d'une aide individuelle au financement d'une complémentaire santé pour les travailleurs précaires. Celle-ci versée directement par l'employeur peut être cumulée avec les autres dispositifs d'aide à l'ACS ;
- labélisation des contrats complémentaire santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus, effective depuis janvier 2017.

## ■ L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ (ACS)

Le dispositif de l'ACS se situe dans la prolongation de la CMU-C dont il vise à atténuer l'effet de seuil en permettant aux personnes de bénéficier d'une aide financière pour payer leur contrat de complémentaire santé lorsque leurs ressources dépassent faiblement le plafond d'accès à la CMU-C.

En 2018, pour prétendre à cette aide, les personnes doivent avoir des ressources annuelles comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant annuel de l'aide varie en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Depuis le 5 janvier 2016, le silence gardé par les caisses d'Assurance maladie pendant plus de deux mois sur les demandes d'ACS vaut acceptation.

Âge du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

## MESURES DE RÉÉVALUATION DE L'ACS

- **1<sup>er</sup> janvier 2007** : le plafond d'octroi de l'ACS passe de plus 15 % à plus 20 % du plafond de la CMU ;
- **1<sup>er</sup> août 2009** : revalorisation des montants de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus (500 €) et création d'une nouvelle tranche d'attribution (350 € pour les 50-59 ans) ;
- **1<sup>er</sup> janvier 2010** : doublement du montant de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (200 €) ;
- **1<sup>er</sup> janvier 2011** : relèvement du plafond de l'ACS au plafond de la CMU-C, majoré de 26 % ;
- **1<sup>er</sup> janvier 2012** : relèvement du plafond de l'ACS au plafond de la CMU-C, majoré de 35 % ;
- **1<sup>er</sup> juillet 2013** : revalorisation exceptionnelle de 7 % des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS (dispositions 2013 du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale), et revalorisation de +1,3 % au titre de l'inflation. Ceci porte ainsi l'augmentation du plafond des ressources de la CMU-C et de l'ACS à un total de +8,3 % à partir de juillet 2013 ;
- **1<sup>er</sup> janvier 2014** : pour les personnes âgées de 60 ans et plus, le montant de l'ACS passe de 500 € à 550 €.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, le choix des bénéficiaires de l'ACS en matière de complémentaire santé a été simplifié, et le rapport qualité/prix des contrats amélioré, les organismes complémentaires proposant des offres plus attractives dans le cadre d'un dispositif de mise en concurrence. Les nouveaux bénéficiaires de l'ACS doivent désormais choisir leur contrat de complémentaire santé parmi des offres sélectionnées par l'État. Tous les contrats sélectionnés comprennent au minimum la prise en charge d'un socle commun (ticket modérateur à 100 %, forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie, lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi. Il existe ainsi trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète :

- le contrat A, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Toujours depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS sont, comme les titulaires de la CMU-C, exonérés des participants forfaitaires et des franchises médicales et bénéficient du tiers payant intégral.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, les tarifs plafonds opposables du panier de soins dentaires de la CMU-C sont applicables aux bénéficiaires de l'ACS, ce qui permet de limiter, voire d'annuler le reste à charge sur ces soins.