

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.

## ■ AFFILIATION À L'ASSURANCE MALADIE

En 2019, les artisans, commerçants et professions libérales hors praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui étaient déjà actifs au 1<sup>er</sup> janvier, et qui ne sont pas polyactifs, sont obligatoirement affiliés à la Sécurité sociale des indépendants pour les risques maladie (prestations en nature) et maternité. Leurs ayants droit y sont également rattachés dès lors que ceux-ci ne relèvent pas, à titre personnel, d'un autre régime.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les travailleurs indépendants nouvellement affiliés relèvent du Régime général et plus de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants. À compter de 2020, l'ensemble des travailleurs indépendants sont affiliés à la branche maladie du Régime général.

Jusqu'en 2014 et dans le cadre de la polyactivité, 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 polyactifs. 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 polyactifs ».

## ■ 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
- Vasculites, 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 3 377 € en 2019, est versée en deux fois (au début du congé et à la fin de la période obligatoire de cessation d'activité de 8 semaines). Jusqu'en 2019, il n'existait aucune condition de cessation d'activité pour bénéficier de l'allocation.

Lorsque le revenu d'activité annuel moyen au titre des 3 années civiles d'activité précédant la date prévue du premier versement de l'allocation est inférieur à 10 % de la moyenne des valeurs annuelles du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au cours des trois années considérées, le montant de l'allocation est de 377 euros (10 % de la valeur mensuelle du plafond de la Sécurité sociale en vigueur à la date du premier versement).

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité est versée à la femme chef d'entreprise qui s'arrête pendant 8 semaines dont 6 après l'accouchement. Il est possible de prolonger cet arrêt de travail par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs.

Le montant de l'indemnité est calculé en fonction des revenus cotisés et ne peut être supérieur à 1/730 de la valeur annuelle du plafond de la Sécurité sociale en vigueur à la date prévue du premier versement, soit 55,12 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Comme pour l'allocation de repos maternel, si le revenu annuel moyen des trois années précédant la date du premier versement est inférieur à 10 % du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au cours des trois années considérées, le montant de l'indemnité est réduit à 10 % de sa valeur, soit 5,551 euros par jour.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la durée du congé maternité des femmes chefs d'entreprise est la même que pour les salariés ; elle est portée à 8 semaines minimum (et peut aller jusqu'à 16 semaines, soit 112 jours) dont 2 semaines de congé prénatal obligatoire pris avant la date présumée d'accouchement et 6 semaines de congé postnatal (auparavant, le congé ne pouvait excéder 74 jours). La durée maximum d'indemnisation varie en fonction du nombre d'enfant (3<sup>e</sup> enfant, jumeaux, triplés) et peut aller jusqu'à 46 semaines. Pendant ce congé maternité, les femmes doivent impérativement cesser leur activité.

Ce congé peut être complété par une indemnité journalière de repos (congé pathologique) attribuée sur prescription médicale pendant une période supplémentaire de 30 jours consécutifs fractionnables en deux périodes de quinze jours.

Chef d'entreprise		
Montant des prestations en 2019	Revenu moyen supérieur à 3 919,20 € *	Revenu moyen inférieur à 3 919,20 € *
Allocation forfaitaire de repos maternel (naissance)	3 377 € versés en 2 fois	337,70 € versés en 2 fois
Allocation forfaitaire de repos maternel (adoption)	1 688,50 € versés en 2 fois	168,85 € versés en 2 fois
Indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité	55,51 €/jour au maximum	5,551 €/jour

\* Moyenne de 10 % des Pass 2016, 2017 et 2018.

Les conjointes collaboratrices peuvent bénéficier d'une allocation de repos maternel et d'une indemnité de remplacement, en plus de la prise en charge des soins liés à la grossesse et à l'accouchement. L'allocation de repos maternel est de 3 377 € (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 ménage(s) par du

personnel salarié pendant 14 jours au minimum, à 112 jours au maximum (56 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 54,33 €.

Conjointe collaboratrice		
Montant des prestations en 2019	Revenu moyen supérieur à 3 919,20 € *	Revenu moyen inférieur à 3 919,20 € *
Allocation forfaitaire de repos maternel (naissance)	3 377 € versés en 2 fois	337,70 € versés en 2 fois
Allocation forfaitaire de repos maternel (adoption)	1 688,50 € versés en 2 fois	168,85 € versés en 2 fois
Indemnité complémentaire de remplacement	coût réel dans la limite de 54,33 €/jour	

\* Moyenne de 10 % des Pass 2016, 2017 et 2018.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 a supprimé l'obligation d'être à jour de ses cotisations pour percevoir les prestations en espèces de l'Assurance maladie et maternité. Par ailleurs, une durée minimale de 10 mois d'affiliation est nécessaire pour prétendre au versement des prestations en espèces maternité.

## ■ LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

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). Ainsi, les travailleurs indépendants, gérants non salariés, professions libérales, commerçants ou artisans peuvent prendre un congé paternité, pour une durée maximale de 11 jours, dans les 4 mois suivant la naissance de leur enfant ou de celui de leur conjointe, sous réserve de cesser toute activité professionnelle. Le montant de l'indemnité journalière est le même que pour la maternité, soit 55,51 euros en 2019.

Depuis 2019, un congé paternité en cas d'hospitalisation a été instauré. Ainsi, lorsqu'après un accouchement, l'état du nouveau-né nécessite une hospitalisation dans une unité de soins spécialisés définie par arrêté, l'assuré-e bénéficie en cas d'arrêt de travail, d'indemnités journalières pendant une durée maximum de 30 jours consécutifs.

Cette prestation s'ajoute au congé habituel paternité/accueil de l'enfant.

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, 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.

## ■ LE DISPOSITIF D'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES À FAIBLES RESSOURCES

Jusqu'en octobre 2019, deux dispositifs distincts concourent à l'accès aux soins des publics fragiles : la couverture maladie universelle de base et complémentaire (CMU-C), et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). À compter de novembre 2019, ces dispositifs sont fusionnés au sein de la complémentaire santé solidaire. Cette nouvelle prestation est attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C et en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources correspondent à l'attribution de l'ACS. Cette participation financière est définie selon l'âge de l'assuré, de 8 € à 30 € par mois.

Le niveau de couverture correspond à celui de la CMU-C (cf. *infra*, prise en charge de la part complémentaire - ticket modérateur - de tous les soins médicalement prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale - consultations, médicaments, hospitalisation, etc.) et les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives ont été mis en cohérence avec les paniers de soins 100 % Santé.

Les bénéficiaires ont un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires.

La complémentaire santé solidaire est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires.

Tout comme la CMU-C, la complémentaire santé solidaire 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.

#### Condition de ressources :

Plafonds des ressources applicables au 1 <sup>er</sup> novembre 2019 en métropole		
Nombre de personne composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation forfaitaire	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation forfaitaire
1 personne	8 951 €	12 084 €
2 personnes	13 426 €	18 126 €
3 personnes	16 112 €	21 751 €
4 personnes	18 797 €	25 376 €
Au-delà de 4 personnes	+ 3 580,38 € par personne supplémentaire	+ 4 833,52 € par personne supplémentaire

Les bénéficiaires du RSA (revenu de solidarité active) sont éligibles de droit à la CSS sans participation forfaitaire.

#### Participation financière :

Montant mensuel de la participation financière par bénéficiaire au 1 <sup>er</sup> novembre 2019	
Âge au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 ans à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 ans à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 ans à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

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

La CMU de base, gérée exclusivement par le Régime général, est accordée jusqu'à fin octobre 2019 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'amincissement 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 2019, pour une personne seule, en métropole, les ressources des douze derniers mois ne doivent pas être supérieures à 8 951 €).

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

Jusqu'à fin octobre 2019, 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.

L'ACS donne droit (pour chaque membre du foyer) :

- au bénéfice des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires ;
- à des tarifs maximum applicables par le dentiste pour certains soins de prothèse dentaire et d'orthodontie. Ces tarifs maximum s'appliquent que vous ayez ou non souscrit un contrat de complémentaire santé ;
- à la dispense totale d'avance des frais pour vos dépenses de santé ;
- à l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises.

Pour prétendre à cette aide, les ménages 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.

En 2019, les montants annuels de l'ACS selon l'âge du bénéficiaire sont les suivants :

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 €