



PRESTO N°117 / Mars 2022
Le régime français de protection sociale
des travailleurs salariés 2022

PRESTO N°117 / Mars 2022
Le régime français de protection sociale
des travailleurs salariés 2022

**Maladie, maternité,
paternité, invalidité,
décès**

PRESTO N°117 / Mars 2022
Le régime français de protection sociale
des travailleurs salariés 2022

N°117

PRESTO

Introduction

- Organisation, Financement, Étendue

I. Maladie, maternité, paternité, invalidité, décès

- A. Assurance maladie maternité et paternité
- B. Assurance invalidité
- C. Assurance décès

II. Accidents du travail et maladies professionnelles

- A. Prestations dues en cas d'incapacité temporaire
- B. Prestations dues en cas d'incapacité permanente : les rentes

III. Retraite

- A. Régime de base
- B. Régime des retraites complémentaires obligatoires

IV. Prestations familiales

- A. Prestations générales d'entretien
- B. Prestations liées à la naissance et à l'accueil de la petite enfance
- C. Prestations à affectation spéciale

V. Assurance chômage

Annexes

- Montants des prestations familiales
- Taux de cotisations

A - Assurance maladie, maternité et paternité

Organismes de versement :

Les prestations de l'assurance maladie, maternité et paternité sont attribuées par :

- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole,
- et par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

Assurance maladie

La protection universelle maladie (PUMA) garantit la prise en charge des frais de santé à toute personne qui :

- exerce une activité professionnelle, ou
- réside de manière stable et régulière en France (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin) depuis au moins 3 mois.

Une cotisation subsidiaire maladie (CSM) au taux de 6,5% est due par certains assurés qui répondent à des critères de revenus professionnels et du capital.

Sont redevables de cette cotisation annuelle, les personnes :

- qui ne perçoivent pas de revenus d'activité ou dont les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit inférieurs à 8 227 € en 2022) ;
- et dont les revenus du capital ou du patrimoine (revenus fonciers, mobiliers, plus-values, etc.) sont supérieurs à 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 20 568 € en 2022).

L'assiette de calcul de cette cotisation est limitée à 8 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

L'assurance maladie assure le service de prise en charge des frais de santé (remboursement des soins) pour les assurés et leurs ayants-droit mineurs et les prestations en espèces (indemnités journalières de maladie en cas d'incapacité temporaire du travail) pour l'assuré.

1 - Frais de santé

Carte Vitale

La carte Vitale est une carte à puce qui atteste des droits à l'assurance maladie. Attribuée à toute personne de 16 ans et plus, elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires à la caisse d'assurance maladie du patient pour procéder au remboursement des soins.

Elle contient également les données permettant, suivant les situations, de bénéficier du tiers payant (qui permet de ne pas avancer des sommes d'argent qui seront par la suite remboursées soit par l'assurance

maladie, soit par la complémentaire santé pour la partie restant à la charge du patient après le remboursement de la Sécurité sociale).

Sur demande des parents, la carte Vitale peut être délivrée aux enfants de 12 ans.

Champ d'application

Les frais de santé couvrent les coûts médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation. Peuvent bénéficier de ces prestations, l'assuré lui-même, mais également ses ayants-droit qui ne sont pas eux-mêmes assujettis à un régime de sécurité sociale.

Avec l'introduction de la **Protection universelle maladie (PUMa)** au 1er janvier 2016, la notion d'ayant-droit pour les personnes majeures a disparu, même si ces dernières sont sans activité professionnelle. Seuls les mineurs peuvent avoir le statut d'ayant-droit, qui prend fin au plus tard au 30 septembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans, qu'ils poursuivent ou non des études dans certains établissements d'enseignement, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle.

Toutefois, les mineurs de plus de 16 ans peuvent demander à être assurés à titre personnel.

Étendue de la protection

a) Soins sans hospitalisation

Dès l'âge de 16 ans, chaque patient doit choisir un médecin traitant qui l'orientera dans son parcours de soins coordonnés.

Le **rôle du médecin traitant** est de tenir à jour le dossier médical, prescrire les examens médicaux complémentaires ou orienter vers un service hospitalier ou un autre professionnel de la santé (masseur kinésithérapeute, infirmier...). La fonction de médecin traitant peut être aussi bien assumée par un généraliste que par un spécialiste. **Pour changer de médecin traitant, il suffit de faire une nouvelle déclaration à la caisse d'assurance maladie.**

Le **remboursement des actes médicaux** se fait au taux normal lorsqu'ils sont réalisés ou recommandés par le médecin traitant, car l'intéressé est dans le cadre de son parcours de soins coordonnés. En revanche, le patient qui n'a pas déclaré de médecin traitant ou qui consulte directement un spécialiste sera moins bien remboursé et le montant des frais restant à sa charge sera plus élevé que s'il avait respecté le parcours de soins.

Le patient peut **consulter un autre médecin que le médecin traitant** dans certaines situations : urgence médicale, absence du médecin traitant ou de son remplaçant, éloignement du domicile. Les gynécologues, ophtalmologues et psychiatres peuvent également être consultés directement sans passer par le médecin traitant. Dans tous les cas, le médecin consulté précisera sur la feuille de soins la situation particulière applicable.

En principe, une certaine fraction de la dépense reste à la charge de l'assuré : il s'agit du « ticket modérateur » (qui peut être supprimé dans un certain nombre de cas, notamment pour les femmes

enceintes de plus de 6 mois, et les affections de longue durée). Une consultation chez le médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés est remboursée au taux de 70 %.

Le reste à charge est plus élevé si le patient se trouve hors du parcours de soins coordonnés.

Outre le ticket modérateur, **un certain nombre de contributions restent à la charge du patient** : le forfait actes lourds, la participation forfaitaire et la franchise médicale.

- **Forfait actes lourds** : une participation forfaitaire de 24 euros à la charge du patient s'applique aux actes lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur à 60. Il s'agit des actes pratiqués en cabinet de ville ou dans un établissement de santé. Certains actes sont exonérés de cette participation et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur état de santé ne sont pas concernées par cette mesure [*Voir b) Soins avec hospitalisation*].
- Une **participation forfaitaire d'1 euro** est demandée pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, pour les examens radiologiques ou les analyses de laboratoire. Cette participation ne peut pas dépasser 4 euros par jour pour le même professionnel ou pour le même laboratoire. Elle est limitée à 50 euros par année civile et par personne.
- Elle n'est toutefois pas due pour les consultations des moins de 18 ans, et à partir du 6ème mois de grossesse.
- Il existe également une **franchise médicale** sur les actes effectués par un auxiliaire médical en dehors de l'hospitalisation, sur les médicaments et sur les frais de transport. La franchise est fixée à 0,50 euro par boîte de médicament et par acte paramédical et à 2 euros par transport sanitaire. Cette franchise est plafonnée : la limite annuelle est fixée à 50 euros par personne pour l'ensemble des actes, et la limite journalière est de 2 euros sur les actes paramédicaux et 4 euros pour les frais de transport.

Sont exonérés de la contribution par acte médical et la franchise :

- les mineurs (moins de 18 ans),
- les femmes enceintes de plus de 6 mois
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'Etat (AME).

Afin que le remboursement des frais engagés par les assurés corresponde à leurs dépenses réelles (compte tenu du ticket modérateur), sans que les caisses soient amenées à rembourser sans contrôle des honoraires, il existe des conventions nationales entre les organismes d'assurance maladie d'une part et les médecins et auxiliaires médicaux d'autre part.

En fonction du secteur d'activité du médecin, le remboursement peut être différent :

- le médecin en secteur 1 adhère entièrement à la convention et respecte les tarifs négociés avec l'assurance maladie. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement est de 70% du tarif conventionnel.
- le médecin en secteur 2 qui fixe librement ses honoraires. Le montant dépassant le tarif conventionnel n'est pas remboursé.

- le médecin conventionné adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pratique des dépassements modérés. La base de remboursement est identique à celle du secteur 1, et le taux de 70% dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Il existe également une possibilité pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur a pas été adressé par le médecin traitant ou qui se trouve en dehors du parcours de soins.

Médicaments

Les médicaments sont délivrés sur prescription médicale. Pour être pris en charge ils doivent figurer sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Pour certaines spécialités le remboursement s'effectue sur la base d'un forfait déterminé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Le taux de remboursement des médicaments varie en fonction de la reconnaissance du service médical rendu :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré et les préparations magistrales ;
- 15 % pour les médicaments à service médical faible.

Il existe une franchise de 0,50 € sur chaque boîte de médicaments remboursables. Par exemple, pour l'achat d'une boîte de médicaments de 10 €, remboursable à 65 % par l'Assurance Maladie, cette dernière rembourse 6 € (6,50 € - 0,50 € de franchise).

Le tiers payant

Le système du tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance des frais médicaux. Depuis le 1er janvier 2017, il s'applique aux femmes enceintes et aux patients atteints d'affections de longue durée (ALD). Ces catégories de personnes n'ont plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé qu'elles consultent dans le cadre de l'assurance maternité ou de leur ALD.

C'est l'Assurance Maladie qui verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

Le pharmacien peut pratiquer le système du « **tiers payant** » pour éviter au patient de faire l'avance des frais sur présentation de la carte vitale. **Ce dernier ne doit pas refuser les médicaments génériques proposés lorsqu'ils existent.** Il ne règlera que la part des frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Le forfait patient urgences (FPU)

Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un forfait d'un montant de 19,61 €.

Un FPU minoré à 8,49 € est dû par :

- les personnes en affection de longue durée (ALD) ;
- les bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité inférieure à deux tiers.

Les personnes suivantes n'ont pas à payer le FPU :

- femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- ayant une incapacité au moins égale à deux tiers ;
- assurés mineurs victimes de violences sexuelles ;
- nouveau-nés de moins d'un mois ;
- donneurs d'organe ;
- titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ;
- personnes écrouées.

b) Soins avec hospitalisation

La sécurité sociale participe aux frais entraînés par l'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants-droit. Cette prise en charge comprend l'ensemble des prestations assurées par l'hôpital : honoraires médicaux et chirurgicaux correspondant aux actes pratiqués durant le séjour, médicaments, examens, interventions, etc.

Certains **suppléments de confort** comme la chambre particulière, le téléphone ou la télévision ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Ils peuvent toutefois être remboursés en partie ou en totalité par une mutuelle ou une complémentaire santé.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou dans une clinique privée conventionnée, les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80 %. L'assuré doit régler 20 % des frais d'hospitalisation auxquels s'ajoute un forfait journalier de 20 € par jour d'hospitalisation non remboursé par l'Assurance maladie.

Dans certains cas ou pour certains assurés, la prise en charge est égale à 100 % :

- à partir du 31e jour d'hospitalisation,
- femmes enceintes devant être hospitalisées durant les 4 derniers mois de grossesse,
- hospitalisation faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- hospitalisation liée à une affection de longue durée,
- bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'État (AME)...

Dans ces situations, l'assuré doit toutefois régler le forfait d'un montant de 20 € par journée d'hospitalisation (15 € en service psychiatrique), ainsi que la participation forfaitaire de 24 € qui s'applique aux actes lourds (lorsque le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou lorsque le coefficient de l'acte est supérieur ou égal à 60). Cette dernière ne s'applique qu'une seule fois par séjour hospitalier, même si plusieurs actes lourds ont été réalisés au cours d'un même séjour. Toutefois, certaines personnes peuvent être exonérées de l'un et/ou de l'autre de ces deux forfaits (les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, les personnes atteintes d'une affection longue durée, d'une maladie professionnelle, ayant subi un accident du travail et les femmes enceintes à partir du 4e mois de grossesse, enfant hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance, etc.).

Attention : Certains établissements peuvent pratiquer des **dépassements d'honoraires** qui ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie. Les tarifs des établissements et les remboursements sont consultables sur le site *Annuaire santé*.

Lors de l'admission de l'assuré dans un établissement, une demande de prise en charge est adressée à la caisse d'affiliation. Le système du « tiers payant » est alors appliqué. La caisse règle directement l'établissement et l'assuré ne paie que les frais qui restent à la charge du patient : ticket modérateur, forfait journalier, forfait actes lourds.

Les cliniques de La Roche-sur-Yon, Les Sables d'Olonne et Saumur devront cesser leurs forfaits administratifs et prestations premium illégales



La Justice a désavoué trois cliniques qui facturaient à leurs patients un "forfait administratif" à 10 € et encore un "forfait premium" à 12 €.

La clinique Porte Océane, aux Sables-d'Olonne. ©archives Journal des Sables, par **Rédaction Les Sables**, Publié le 07 Jan 22

Le tribunal administratif de Nantes a désavoué les trois cliniques de Saumur, d'Essarts-en-Bocage et des Sables d'Olonne qui facturaient à leurs patients un « forfait administratif » à 10 € et encore un « forfait premium » à 12 €.

Pour rappel, la Clinique chirurgicale de la Loire (Saumur), la Clinique de convalescence du Centre-Vendée (Essarts-en-Bocage) – émanation de la Clinique Saint-Charles (La Roche-sur-Yon) – et la clinique de la Porte Océane (Les Sables-d'Olonne) sont détenues par le groupe 3H, qui compte cinq établissements en Pays de la Loire et emploie 1 500 salariés.

En 2017 et 2018, chacune d'entre elles avait fait l'objet d'un **contrôle de la part des services départementaux de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).**

Les préfectures de Vendée et Maine-et-Loire leur avaient par la suite imposé de « se mettre en conformité » avec le code de la santé publique.

Il leur était en fait reproché d'avoir assimilé à des frais « liés à l'hospitalisation » des « démarches » qu'elles avaient « entreprises auprès des mutuelles pour informer les patients sur leur prise en charge ». Le « forfait premium » à 12 € de la Clinique de convalescence du Centre Vendée, à Essarts-en-Bocage, couvrait lui les « frais administratifs pour préparer la sortie ».

Une « simple prestation d'information »

Leur était encore reprochée la facturation de « forfaits circuit court », afin que les patients bénéficient d'une « procédure logistique lui permettant un service plus rapide en amont de l'hospitalisation », ou encore des « prestations bien-être » afin d'organiser des rendez-vous avec des prestataires extérieurs – comme un coiffeur, par exemple.

Mais, comme les magistrats nantais le rappellent dans leurs trois décisions, **les établissements de santé publics ou privés sont autorisés à « facturer des prestations exceptionnelles » aux patients seulement « à condition que cette facturation intervienne sur demande expresse et écrite des patients ».** Elles ne doivent en aucun cas « porter sur les missions générales » ou les « missions habituellement assumées » par ces établissements de santé.

Or, le « forfait administratif » à 10 € de la Clinique chirurgicale de la Loire, à Saumur, correspond à leurs yeux à une « simple prestation d'information ».

« Au regard de la participation de l'établissement de santé (...) à la coordination des soins (...), les démarches comprises dans ce forfait ne revêtent pas un caractère extraordinaire, correspondent à ses missions habituelles et engagent des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient », considère le tribunal administratif de Nantes dans un jugement rendu le 24 novembre 2021 et qui vient d'être rendu public.

Un « forfait premium » facturé « systématiquement »

De même, le « forfait administratif » à 10 € de la clinique des Sables-d'Olonne constitue lui aussi une « simple prestation d'information » : il est « présenté au patient comme correspondant aux démarches accomplies par la clinique auprès de la (...) complémentaire santé (...) afin que ce dernier soit informé (...) de l'importance de son reste à charge ».

Le « forfait premium » de la clinique des Essarts-en-Bocage est, lui, « systématiquement » inclus dans les prestations facturées au patient, sauf si ce dernier – « après avoir pris connaissance des documents (...) et à supposer qu'il les ait effectivement lus » – n'en demande expressément l'annulation à l'accueil de l'établissement de santé.

Au final, tout comme le rapporteur public lors de l'audience publique du 3 novembre 2021, les juges estiment que ces « prestations » sont en fait des « missions habituelles de l'établissement », voire des « prestations courantes » pour lui.

c) Frais de transport

Les frais de transport sont remboursés par l'Assurance maladie, sur prescription médicale, dans les cas suivants.

- Transport lié à une hospitalisation, quelle qu'en soit sa durée,
- Transport lié à une affection de longue durée (ALD) si l'état de santé de la personne ne lui permet pas de se déplacer par ses propres moyens,
- Transport en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- Transport en ambulance lorsque l'état de santé nécessite une position allongée,
- Transport de longue distance, soit plus de 150 km pour l'aller seul,
- Transport en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, au titre d'un même traitement),
- Transport lié aux soins ou traitement des enfants/adolescents dans des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Même prescrits par un médecin, les 3 derniers types de transports cités ci-dessus nécessitent un accord préalable du service médical de l'Assurance maladie. Il en est de même pour les transports en avion ou bateau de ligne régulière.

Les frais de transport sont en général remboursés à hauteur de 65 %. Le patient garde à sa charge les 35 % restants auxquels s'ajoute la franchise de 2 euros par trajet, dans la limite de 4 euros par jour.

Sous réserve de remplir les conditions habituelles de prise en charge, ils peuvent être remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie dans des cas précis (ex : transports liés à une ALD, liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, transports des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse, des personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents, etc.).

Couverture complémentaire

Elle permet de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime de base obligatoire, ou des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par ce dernier.

Si les assurés ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire collective au titre de leur activité professionnelle, ils peuvent contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance.

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la **Complémentaire santé solidaire**.

Elle est accessible aux assurés :

- qui bénéficient de la prise en charge de leurs soins de santé au titre de leur activité professionnelle ou de leur résidence stable et régulière en France,

Et

- dont les ressources sont inférieures à un montant qui dépend de la composition de leur foyer. Ces ressources sont celles des 12 mois précédant la demande.

A compter de janvier 2022, la complémentaire santé solidaire sans participation financière est attribuée automatiquement aux nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

Les titulaires de la Complémentaire santé solidaire voient leurs dépenses de santé prises en charge par les organismes d'assurance maladie et l'organisme gestionnaire qu'ils ont choisi.

Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et comment ?

L'essentiel

La Complémentaire santé solidaire, c'est quoi ?

La Complémentaire santé solidaire est une **aide pour payer vos dépenses de santé**. Vous y avez droit si vos ressources sont modestes.

Selon vos ressources, la Complémentaire santé solidaire :



ne vous coûte rien

OU



vous coûte moins de 1 € / jour et par personne

La Complémentaire santé solidaire peut **couvrir l'ensemble de votre foyer**.



La Complémentaire santé solidaire est une aide pour payer vos dépenses de santé si vos ressources sont modestes. Selon vos ressources, elle ne coûte rien ou coûte moins d'un euro par jour et par personne. Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend de votre situation et de vos ressources.

Comment la Complémentaire santé solidaire vous aide-t-elle ?

Avec la Complémentaire santé solidaire, vous ne payez pas :



le médecin



le dentiste



l'infirmier



le kinésithérapeute



l'hôpital



vos médicaments

Et vous ne payez pas dans la plupart des cas :



vos prothèses dentaires



vos lunettes



vos prothèses auditives



vos dispositifs médicaux



Attention

Le médecin ne peut pas vous demander de dépassement d'honoraires sauf si vous avez des demandes particulières, comme des visites à domicile non justifiées.

Qui peut demander la Complémentaire santé solidaire ?

Pour demander la Complémentaire santé solidaire, vous devez :



bénéficier de l'assurance maladie



ne pas dépasser la limite maximum de ressources

Conception : DDO&T

QUI A DROIT À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire :

- **Si vous bénéficiez de la prise en charge de vos frais de santé par l'Assurance Maladie** en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- **Et si vos ressources sont inférieures à un montant** qui dépend de la composition de votre foyer.



À noter

La Complémentaire santé solidaire ne s'applique pas à Mayotte, Wallis-et-Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Les assurés du régime de Mayotte ayant de faibles revenus peuvent toutefois demander une prise en charge à 100 %.

UNE SEULE DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LE FOYER

La Complémentaire santé solidaire bénéficie à l'ensemble du foyer et ne peut être demandée qu'une fois par foyer. Votre foyer se compose :

- de vous-même ;
- de votre conjoint(e) ou de votre concubin(e) ou de votre partenaire dans le cadre d'un Pacs (pacte civil de solidarité) ;
- des personnes à votre charge de moins de 25 ans.

Une demande individuelle est possible dans les cas suivants :

- les mineurs de moins de 16 ans qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) par l'intermédiaire de ces deux organismes ;
- les mineurs de plus de 16 ans ayant rompu leurs liens familiaux ;
- les personnes de 18 à 25 ans ne vivant plus sous le même toit que leurs parents, ayant rempli une déclaration fiscale séparée (ou s'engageant sur l'honneur et par écrit à le faire l'année suivante) et ne percevant pas de pension alimentaire donnant lieu à déduction fiscale ;
- les personnes de 18 à 25 ans, vivant sous le même toit que leurs parents, s'ils sont eux-mêmes parents ou s'ils vont le devenir ;
- les étudiants isolés, bénéficiant des aides annuelles d'urgence versées par les Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous) ;
- les conjoints séparés.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : LES CONDITIONS DE RESSOURCES

Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend des ressources que vous et le reste de votre foyer avez eues **durant les 12 mois précédant l'avant-dernier mois de votre demande**.

Exemple : pour une demande faite en janvier 2022, la période de référence pour la prise en compte des ressources court du 1er décembre 2020 au 30 novembre 2021.

Si vous y avez droit, elle ne vous coûte rien ou coûte moins de 1 euro par jour et par personne.

Ressources : que déclarer ?

Les ressources, ce ne sont pas seulement les sommes qui figurent sur l'avis d'imposition. Ce sont **toutes les sommes perçues**. Elles comprennent :

- les revenus, comme par exemple les salaires et les pensions de retraite ;
- les pensions alimentaires ;
- les aides financières, y compris les allocations et les dons d'argent ;
- les ventes d'objets ;
- les gains aux jeux, etc.

Pour plus de précisions, voir ci-dessous la partie « Comment demander la Complémentaire santé solidaire ».

Plafonds de ressources applicables au 1er avril 2021 en métropole

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	9 041 €	12 205 €
2 personnes	13 561 €	18 307 €
3 personnes	16 273 €	21 969 €
4 personnes	18 985 €	25 630 €
Au-delà de 4 personnes	+ 3 616,24 € par personne supplémentaire	+ 4 881,92 € par personne supplémentaire

Plafonds de ressources applicables au 1er avril 2021 dans les départements d'outre-mer hors Mayotte

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	10 062 €	13 584 €
2 personnes	15 093 €	20 376 €
3 personnes	18 112 €	24 451 €
4 personnes	21 131 €	28 526 €
Au-delà de 4 personnes	+ 4 024,87 € par personne supplémentaire	+ 5 433,58 par personne supplémentaire

Complémentaire santé solidaire et revenu de solidarité active (RSA)

Si vous percevez le RSA, vous et les membres de votre foyer avez droit à la Complémentaire santé solidaire **sans participation financière**.

Depuis le 1er janvier 2022, cette **attribution est automatique** sauf opposition expresse de votre part :

- désormais, lorsque vous demandez le RSA à partir du site caf.fr, la demande de Complémentaire santé solidaire est transmise automatiquement à votre caisse d'assurance maladie sauf opposition de votre part ;
- si vous n'avez pas utilisé ce service en ligne pour demander le RSA, votre caisse d'assurance maladie reviendra vers vous une fois que le RSA vous aura été accordé afin que vous puissiez bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ;
- si vous êtes déjà bénéficiaire du RSA et n'avez jamais demandé la Complémentaire santé solidaire, n'hésitez pas à transmettre à votre caisse d'assurance maladie le [formulaire S3711](#) après avoir :
 - complété les informations concernant votre foyer ;
 - complété la rubrique « choix de l'organisme complémentaire » ;
 - daté et signé le document.

Vous n'avez pas à remplir la déclaration de ressources.

CALCUL DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE QUI PEUT VOUS ÊTRE DEMANDÉE

Si vos ressources dépassent le plafond annuel sans participation, vous devrez payer chaque mois une somme inférieure à 1 euro par jour et par personne.

Le montant de la participation est calculé en fonction de l'âge de chacun des membres de votre foyer au 1er janvier de l'année où le droit à la Complémentaire santé solidaire vous est accordé.

Par exemple, pour une famille comprenant un parent de 51 ans et deux enfants à charge de 16 et 22 ans, votre participation sera de 21 euros par mois pour la personne de 51 ans et de 8 euros par mois pour chacun des enfants, soit un total de 37 euros par mois.

Un foyer composé de deux personnes, l'une âgée de 67 ans et l'autre de 72, paiera la somme de 55 euros par mois, soit 25 euros pour la personne âgée de 67 ans et 30 euros pour la personne de 72 ans.

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

Si vous êtes bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle, la participation financière peut être réduite. En savoir plus sur la participation financière à la [Complémentaire santé solidaire](#) et au [contrat de sortie](#).

COMMENT DEMANDER LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Vous pouvez demander la Complémentaire santé solidaire :

- sur Internet depuis votre compte Ameli;
- en envoyant ou en déposant le formulaire et les justificatifs demandés à votre caisse d'assurance maladie.

À réception du dossier complet, votre caisse d'assurance maladie étudie votre demande dans un délai de 2 mois et vous informe de sa décision.

Votre attestation de droits sera ensuite disponible dans le compte Ameli si vous en avez un. Dans le cas contraire, elle sera envoyée à votre adresse postale, sous format papier.

Demander la Complémentaire santé solidaire sur internet

Vous pouvez demander la Complémentaire santé solidaire depuis votre [compte Ameli](#). Vous trouverez le formulaire de demande dans la rubrique « Mes démarches ».

Pour demander la Complémentaire santé solidaire :

- renseignez votre numéro d'allocataire CAF ;
- confirmez ou modifiez la composition de votre foyer ;
- scannez les justificatifs nécessaires et joignez-les à la demande ;
- choisissez l'organisme gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire ;
- validez le formulaire.

Depuis janvier 2022, la demande via le compte Ameli est simplifiée, les ressources suivantes sont directement recueillies auprès des organismes qui les détiennent :

- salaires ;
- retraites ;
- pensions ;
- rentes ;
- allocations chômage ;
- indemnités journalières ;
- prestations familiales et sociales.

À la fin de la demande, un accusé de réception électronique vous est envoyé dans la messagerie de votre compte Ameli. Si besoin, votre caisse d'assurance maladie vous contactera pour des informations complémentaires.

Demander la Complémentaire santé solidaire par papier

Si vous souhaitez faire votre demande par papier, vous pouvez télécharger le formulaire Demande de Complémentaire santé solidaire (PDF) ou le demander à votre caisse d'assurance maladie.

Vous devez alors :

- le remplir en n'oubliant pas de remplir la rubrique « Le choix de votre organisme complémentaire » ;
- joindre les justificatifs demandés ;
- le dater et le signer ;
- l'envoyer ou le déposer à votre caisse d'assurance maladie.



Vous avez besoin d'aide pour faire votre demande ?

Vous pouvez demander de l'aide pour faire votre demande :

- à votre caisse d'assurance maladie ;
- au centre communal d'action sociale (CCAS) de votre ville ;
- aux services sanitaires et sociaux (par exemple, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et tous les services d'aide à la personne) ;
- à une association agréée ;
- à un établissement de santé.

Ces organismes pourront transmettre votre dossier à votre caisse d'assurance maladie, avec votre accord, une fois celui-ci complété.

La déclaration de ressources

La déclaration de ressources porte sur les 12 mois précédant l'avant-dernier mois où vous demandez la Complémentaire santé solidaire.

Exemple : si vous demandez la Complémentaire santé solidaire en janvier 2022, vous devez calculer l'ensemble de vos ressources du 1er décembre 2020 au 30 novembre 2021. Attention à bien prendre en compte toutes les ressources perçues par tous les membres de votre foyer.

Pour cette période, vous devez indiquer l'ensemble des ressources nettes perçues, en France et à l'étranger, par toutes les personnes de votre foyer :

- les salaires nets imposables ;
- les revenus non-salariés pour les situations de début d'activité n'ayant pas encore donné lieu à déclaration d'impôt sur le revenu ;
- les pensions, retraites et rentes y compris veuvage ;
- les pensions alimentaires perçues ;
- les autres ressources (dons, y compris les dons familiaux, les ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus, vente d'objets et gains aux jeux, etc.).

Pensez à indiquer les pensions alimentaires que vous avez versées sur la période de référence. Elles ne sont plus prises en compte selon votre dernier avis d'imposition.

Votre caisse tient également compte des sommes dont elle dispose par ailleurs : les indemnités journalières, les allocations familiales, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les allocations Pôle emploi si vous êtes en chômage total ou partiel au moment de la demande, l'allocation de solidarité spécifique (ASS), les revenus du patrimoine et produits de placement.

Si vous êtes travailleur non salarié et que votre activité a déjà donné lieu à une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu, ce sont vos revenus nets tels que figurant sur le dernier avis de situation déclarative ou avis d'imposition connu au moment de la demande qui sont pris en compte.

Si vous êtes propriétaire de votre logement, bénéficiaire d'une aide personnalisée au logement (APL) ou hébergé gratuitement, cet avantage sera ajouté à vos ressources sous la forme d'un forfait dont le montant varie selon la composition de votre foyer.

Forfait ajouté à vos ressources selon le foyer (nombre de personne, propriétaire ou non, bénéficiaire ou non d'une aide au logement)

Nombre de personnes dans le foyer	Propriétaire et occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide personnelle au logement (1)	
	Montant du forfait pour chaque mois de la période de référence se situant à compter du 1er avril 2021	Montant du forfait pour chaque mois de la période de référence se situant du 1er avril 2020 au 31 mars 2021	Montant du forfait pour chaque mois de la période de référence se situant à compter du 1er avril 2021	Montant du forfait pour chaque mois de la période de référence se situant du 1er avril 2020 au 31 mars 2021
1 personne	67,84 euros	67,77 euros	67,84 euros	67,77 euros
2 personnes	118,72 euros	118,60 euros	135,68 euros	135,55 euros
3 personnes	142,47 euros	142,32 euros	167,91 euros	167,74 euros

(1) Un forfait est ajouté uniquement si le montant de l'allocation logement est supérieur au montant du forfait, dans le cas contraire c'est le montant réel qui est pris en compte.



Certaines ressources ne sont pas prises en compte

Il s'agit :

- du revenu de solidarité active (RSA) et de la prime d'activité ;
- de certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ; l'allocation de rentrée scolaire ;
- de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et du complément de libre choix du mode de garde ;
- de certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne ;
- des majorations pour tierce personne ainsi que de la prestation de compensation du handicap, de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- de certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salariés ;
- d'autres prestations : les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées, aux volontaires en service civique, les indemnités pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbaries durant la seconde guerre mondiale ;
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

Le choix de la complémentaire pour une première demande

Au moment de votre demande, vous devez indiquer l'organisme qui gèrera votre Complémentaire santé solidaire :

- si vous avez déjà un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise régie par le Code des assurances) qui propose la Complémentaire santé solidaire (vous pouvez rechercher votre organisme sur la liste des organismes complémentaires gérant la Complémentaire santé solidaire sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr),
 - indiquez-le dans votre demande,
 - votre contrat sera transformé en une adhésion à la Complémentaire santé solidaire ;

- si vous n'avez pas d'organisme complémentaire ou que votre organisme complémentaire ne propose pas la Complémentaire santé solidaire, vous devez choisir :
 - soit l'un des organismes proposant la Complémentaire santé solidaire (vous pouvez rechercher un organisme sur la liste des organismes complémentaires gérant la Complémentaire santé solidaire sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr),
 - soit votre caisse d'assurance maladie.

Pour ne pas cumuler deux contrats de complémentaire santé, pensez à résilier votre contrat de complémentaire santé en cours. En fonction des versements de cotisations déjà effectués, vous recevrez un remboursement.

Quel que soit l'organisme choisi sur la liste des organismes gérant la Complémentaire santé solidaire, vous bénéficiez des avantages de la Complémentaire santé solidaire.

Par ailleurs, dans le cas où vos droits à la Complémentaire santé solidaire ne seraient pas renouvelés l'année suivante, vous bénéficiez d'une année de prolongation auprès du même organisme, avec les mêmes prestations et pour une cotisation à tarif privilégié.

Les justificatifs à fournir

Que vous fassiez votre demande sur Internet ou par papier, les pièces et justificatifs à fournir sont :

- pour chaque personne :
 - un avis d'imposition ou un avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ;
 - si vous possédez un bien non loué bâti ou non bâti :
 - un avis de taxe foncière,
 - un avis de taxe d'habitation ;
 - si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents :
 - les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concernés ;
 - si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA jeune :
 - l'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la Caf ou la MSA.

Que faire en cas d'erreur ?

Vous pouvez rectifier votre erreur lorsque celle-ci est commise de bonne foi et pour la première fois.

Si vous découvrez que vous avez fait une erreur en remplissant le formulaire de demande de Complémentaire santé solidaire, prenez contact avec votre caisse d'assurance maladie pour la rectifier.



Des conseils pour éviter les erreurs

Le site oups.gouv.fr liste certaines erreurs commises dans le cadre d'une demande de Complémentaire santé solidaire et donne des conseils pour y remédier. Par exemple :

- je suis salarié ou chômeur et j'ai mal rempli la déclaration de ressources sur le formulaire de demande Complémentaire santé solidaire ;
- j'ai reçu une somme d'argent de ma famille ou d'un proche et je ne l'ai pas déclarée à ma caisse d'assurance maladie ;
- je perçois une pension alimentaire et je ne l'ai pas déclarée à ma caisse d'assurance maladie.

QUE SE PASSE-T-IL SI VOTRE DEMANDE EST ACCEPTÉE ?

Lorsqu'elle reçoit votre dossier complet, votre caisse d'assurance maladie a un délai de 2 mois pour vous informer de sa décision.

Si vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière

Votre caisse d'assurance maladie vous adressera une attestation de droits à la Complémentaire santé solidaire. Vous serez invité à mettre à jour votre carte Vitale pour ne pas payer chez le médecin, le kinésithérapeute, l'infirmier, en pharmacie ou à l'hôpital.

Votre droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour un an, à partir du 1er jour du mois suivant la date de décision de votre caisse d'assurance maladie, quelle que soit l'évolution de votre situation pendant cette année.

À noter : Si votre situation l'exige, les droits peuvent prendre effet :

- au 1^{er} jour du mois de dépôt de votre demande,
- avec effet rétroactif de 2 mois maximum, en cas d'hospitalisation.

Si un enfant à charge de moins de 25 ans vient à intégrer votre foyer en cours de droit à la Complémentaire santé solidaire, vous avez la possibilité de lui en faire bénéficier pour la période de droit restant à courir. Pour cela, vous devez informer l'organisme gestionnaire de votre Complémentaire santé solidaire.

Si vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Votre caisse d'assurance maladie vous informera de ce droit ainsi que du montant des participations financières dues pour chaque membre de votre foyer.

Les participations financières seront à payer à l'organisme que vous avez choisi pour la gestion de votre Complémentaire santé solidaire.

Si un enfant à charge de moins de 25 ans vient à intégrer votre foyer en cours de droit à la Complémentaire santé solidaire, vous avez la possibilité de lui en faire bénéficier pour la période de droit restant à courir, moyennant paiement d'une participation financière si votre enfant est majeur. Pour cela, vous devez informer l'organisme gestionnaire de votre Complémentaire santé solidaire.

Si vous avez choisi un organisme complémentaire comme gestionnaire de votre Complémentaire santé solidaire

Si vous avez choisi votre caisse d'assurance maladie comme gestionnaire de votre Complémentaire santé solidaire

DEMANDER LE RENOUELEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le renouvellement de vos droits à la Complémentaire santé solidaire n'est pas automatique : **avant la fin de vos droits, vous devez faire une nouvelle demande.**

Pour éviter une rupture de vos droits, pensez à faire votre demande au plus tard 2 mois avant la fin de vos droits (et au plus tôt 4 mois).

Si vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière :

- si votre renouvellement est accepté,
 - vous devrez retourner votre bulletin d'adhésion,
 - vous recevrez une nouvelle attestation,
 - votre Complémentaire santé solidaire continuera sans interruption,
 - vous devrez mettre à jour votre carte Vitale pour continuer à ne pas payer chez le médecin, le kinésithérapeute, l'infirmier, en pharmacie ou à l'hôpital ;
- si votre renouvellement n'est pas accepté,
 - vous continuerez à ne pas payer la partie de vos soins pris en charge par l'Assurance maladie pendant un an,
 - pour bénéficier de cet avantage, vous devrez présenter l'attestation que votre caisse d'assurance maladie vous enverra.

Dans le cas où votre droit à la Complémentaire santé solidaire ne serait pas renouvelé, si vous aviez choisi un organisme complémentaire figurant sur la liste des organismes gestionnaires pour gérer votre Complémentaire santé solidaire, celui-ci doit vous proposer, pour une durée d'un an, un contrat dit « de sortie » dont le tarif est fixé par la loi en fonction de votre âge. Ce contrat doit respecter les exigences du contrat responsable.



Recours en cas de refus

Si vous contestez le refus de votre droit à la Complémentaire santé solidaire, vous pouvez écrire à la commission de recours amiable de votre caisse, dont l'adresse est mentionnée sur votre courrier de refus. Vous avez un délai de 2 mois à compter de la décision de refus pour exercer ce recours.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LES SALARIÉS

En tant que salarié, vous pouvez demander la Complémentaire santé solidaire. À ce titre, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire, pendant la durée de votre droit à la Complémentaire santé solidaire.

LE 100 % SANTE

Progressivement mis en place en 2019, ce dispositif est totalement déployé au 1er janvier 2021. Il permet aux titulaires d'une complémentaire santé responsable (soit actuellement 95% des contrats du marché) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) de bénéficier de la prise en charge à 100% sur les prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique « 100% santé » pour trois postes : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires).

2 - Prestations en espèces

a) Indemnités journalières

Pour avoir droit aux indemnités journalières dans le cas d'un arrêt de travail pour maladie inférieur à 6 mois, l'assuré doit avoir travaillé pendant 150 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1.015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

Au-delà de 6 mois d'arrêt, l'assuré doit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire, précédant l'arrêt. Il est également demandé une durée minimale d'immatriculation d'un an.

En cas d'incapacité de travail, un arrêt de travail doit être prescrit par le médecin. L'assuré doit le transmettre à sa caisse d'assurance maladie dans les 48 heures. L'indemnité journalière n'est due qu'à partir du 4e jour d'arrêt de travail (3 jours de carence). Ce délai ne s'applique pas aux assurés en affection de longue durée (ALD) dont les arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à **50 % du salaire journalier de base**. Ce dernier est calculé sur la moyenne des salaires bruts (salaires soumis à cotisations) des 3 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 (soit 2

885,62 € bruts au 1er janvier 2022). Même avec un salaire supérieur à 2 885,62 €, l'indemnité journalière ne pourra pas excéder 47,43 € bruts.

Le nombre maximal d'indemnités journalières sur une période de 3 ans est fixé à 360. Pour les **affections de longue durée**, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période maximale de 3 ans de date à date pour chaque affection.

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu ainsi qu'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).

b) Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est soumise à l'impôt et aux prélèvements CSG (7,5%) et CRDS (0,5%).

Cette prestation est versée à l'assuré qui bénéficie d'un congé de solidarité familiale ou qui l'a transformé en période d'activité à temps partiel et qui a suspendu ou réduit son activité pour s'occuper d'un proche en fin de vie (ascendant, descendant, frère, sœur, personne de confiance).

Lorsque l'intéressé suspend complètement son activité, l'allocation est versée pendant 21 jours et s'élève à 56,33 € par jour. Si l'intéressé réduit son activité professionnelle (passage à temps partiel), le nombre maximum d'allocations journalières est porté à 42 et son montant est réduit de moitié, soit 28,17 €.

Assurance maternité et paternité

L'assurance maternité et paternité prend en charge :

- les frais liés à la grossesse et à l'accouchement,
- le service des prestations en espèces lors du repos pré- et postnatal de la mère,
- le congé d'adoption de la mère et/ou du père,
- et le congé de paternité.

1 - Soins de santé liés à la maternité

Lorsque la grossesse est confirmée, le médecin ou la sage-femme déclare cette dernière à la caisse d'assurance maladie. Pour bénéficier au plus vite de la prise en charge de la grossesse au titre de l'assurance maternité, la déclaration doit être effectuée avant la fin du 3e mois.

Le droit aux prestations est ouvert dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie. Il est apprécié à la date présumée du début de la grossesse, ou s'il n'a pas été ouvert à cette date, à la date du repos prénatal.

L'assurance maternité couvre à 100 % les examens obligatoires relatifs à la grossesse (consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance, examens biologiques complémentaires). De

plus, à partir du 6e mois de la grossesse et jusqu'au 12e jour qui suit l'accouchement, tous les frais médicaux sont également pris en charge à 100 %, qu'ils soient ou non liés à la grossesse. L'intéressée est par ailleurs exonérée de la participation forfaitaire d'1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

Le tiers-payant est ouvert pour tous les soins pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, chez les professionnels de santé exerçant en ville. L'intéressée n'a donc plus d'avance de frais à effectuer car l'Assurance Maladie verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé.

2 - Indemnités journalières de maternité et de paternité

Les indemnités journalières sont servies à condition de cesser toute activité salariée. Elles sont accordées à la mère au cours de repos prénatal et postnatal, et au père au titre du congé de paternité. Enfin, en cas d'adoption, l'indemnité journalière de repos peut être partagée entre le père et la mère. Pour pouvoir prétendre à ces prestations, l'assuré(e) doit justifier en plus des conditions de versement de cotisations ou d'heures de travail prévues pour l'obtention des prestations en espèces de l'assurance maladie, de 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

La **durée du congé maternité** dépend du nombre d'enfants à venir et déjà à charge.

Durée du congé maternité			
Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
1 enfant à venir et moins de 2 enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
1 enfant à venir et déjà au moins 2 enfants à charge effective et permanente	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Des jumeaux à venir	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Des triplés (ou plus) à venir	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Les indemnités journalières de maternité / paternité sont soumises à l'impôt sur le revenu et à la CSG et la CRDS (Un montant forfaitaire de 21 % est déduit avant versement).

Sous réserve de l'avis favorable du médecin qui suit la grossesse, la salariée peut demander à reporter une partie de son congé prénatal après l'accouchement.

En cas d'accouchement prématuré (moins de 6 semaines avant la date prévue), la durée totale du congé maternité n'est pas réduite : le congé prénatal non pris est automatiquement reporté sur la période postnatale.

En cas d'accouchement tardif, la durée du congé postnatal reste identique à la durée initialement prévue à compter de l'accouchement.

Congé de paternité

A compter du 1^{er} juillet 2021, la durée du **congé de paternité** et d'accueil de l'enfant est allongée.

Elle diffère selon qu'il s'agit d'une naissance simple ou de naissances multiples.

En cas de naissance d'un enfant, la durée du congé est fixée à 25 jours calendaires (11 auparavant), décomposée en 2 périodes :

- période obligatoire de 4 jours calendaires prise immédiatement après le congé de naissance (3 jours) ;
- et une autre de 21 jours calendaires.

En cas de naissances multiples, la durée du congé est fixée à 32 jours calendaires (18 auparavant), décomposée en 2 périodes :

- période obligatoire de 4 jours calendaires prise immédiatement après le congé de naissance (3 jours) ;
- et une autre de 28 jours calendaires.

Le congé doit être pris dans un délai de 6 mois suivant la naissance de l'enfant.

Enfin, la durée du **congé d'adoption** est fixée à 16 semaines ou 22 semaines en cas d'adoption multiple. Si l'arrivée de l'enfant au foyer porte le nombre d'enfants à charge à 3, la durée du repos est égale à 18 semaines.

En cas de partage du congé d'adoption entre les 2 conjoints, la durée est allongée de 25 à 32 jours suivant le nombre d'enfants adoptés et le nombre d'enfants déjà à charge. Le congé ne peut alors être pris qu'en 2 périodes, dont la plus courte est au moins égale à 25 jours (ou 32 jours en cas d'adoptions multiples). Ces 2 périodes peuvent se suivre ou être prises simultanément.

Le **montant de l'indemnité journalière de maternité, d'adoption ou de paternité** est égal à la moyenne des salaires des 3 mois précédent le congé, pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (3428 € au 1^{er} janvier 2022). De ces salaires bruts soumis à cotisations sont déduites les contributions salariales d'origine légale et conventionnelle (dont CSG et CRDS) au taux forfaitaire de 21%. Au 1^{er} janvier 2022, l'indemnité journalière ne peut pas être supérieure à 89,03 € (avant déduction des 21%).

Les indemnités journalières de maternité et de paternité sont versées dès le 1^{er} jour (sans délai de carence) et tous les 14 jours.

DERNIERE MINUTE

Exonération ou réduction participation patient (contraception et Forfait Patient Urgences)

Ce décret, pris en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, précise les cas dans lesquels la participation des assurés est supprimée pour les frais relatifs à la contraception et à la prévention en matière de santé sexuelle (assurés de moins de 26 ans). Le décret précise par ailleurs les conditions dans lesquelles le montant de la participation des assurés lors d'un passage par un service des urgences dans un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation (FPU) est minoré (assurés en affection de longue durée, victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure à deux tiers) ou supprimé (pensionnés d'invalidité, titulaires d'une rente ou d'une allocation pour un risque professionnel avec une incapacité au moins égale à deux tiers, titulaires d'une pension militaire d'invalidité, bénéficiaires de l'assurance maternité mineurs victimes de violences à caractère sexuel, nouveau-nés, donneurs d'organe, victimes d'actes de terrorisme, bénéficiaires d'un dispositif dérogatoire de prise en charge enclenché en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel). Enfin, le décret exclut l'application du coefficient de modulation aux forfaits assurant le financement des soins de médecine d'urgence autre que gynécologiques.

- [Décret n°2022-258 du 23 février 2022 - JORF du 27 février 2022](#)

B - Assurance invalidité

Organismes de versement :

Les pensions de l'assurance invalidité sont attribuées par :

- les caisses primaires d'assurance maladie ;
- la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France - CRAMIF (pour la région parisienne) ;
- les caisses générales de sécurité sociale (pour les départements d'outre-mer) ;
- la caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

1 - Pension d'invalidité

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu (à l'exception de la majoration pour tierce personne) et aux prélèvements sociaux : CSG, CRDS, Casa à des taux distincts selon les ressources.

Prolongement de l'assurance maladie, l'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré invalide une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail ou de gain.

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré social dont l'invalidité résulte d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, et qui :

- n'a pas atteint l'âge légal de la retraite (62 ans) ;
- a une capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3 ;
- est immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à l'invalidité ;

- a travaillé au moins 600 heures, ou a cotisé sur un salaire équivalent à 2 030 fois la valeur du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

Détermination de la pension

Il existe 3 catégories de pension en fonction de la capacité de travail restante :

- La 1^{ère} catégorie vise les **invalides encore capables d'exercer une activité professionnelle**. La pension s'élève à 30 % du salaire annuel moyen (SAM*). Le montant mensuel maximal de la pension est égal à 30 % du plafond de la sécurité sociale (1 028,40 €).
- La 2^{ème} catégorie vise les **invalides incapables d'exercer une activité professionnelle**. La pension s'élève à 50 % du SAM*. Le montant mensuel maximal de la pension est égal à 50 % du plafond de la sécurité sociale (1 714 €).
- La 3^{ème} catégorie concerne les personnes incapables d'exercer une activité professionnelle et ont besoin de **l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante**. Le montant de la pension de base de 3^{ème} catégorie est alors majoré de 40 %. Cette majoration ne peut être inférieure à un minimum annuel réévalué chaque année au 1^{er} avril (1 126,41 € par mois au 1^{er} avril 2021). Montant mensuel maximum de la pension d'invalidité 3^e catégorie : 2 840,41 € (1 714 + 1 126,41).

Minimum : dans tous les cas, la pension d'invalidité ne peut pas être inférieure, quelle que soit la catégorie, à un minimum garanti qui s'élève par mois à **293,96 €**.

Les droits à la pension d'invalidité peuvent être revus ou suspendus à tout moment selon la situation de l'assuré (modification de l'état de santé entraînant un changement de catégorie, reprise d'une activité professionnelle ou atteinte de l'âge légal de la retraite).

Le titulaire de la pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie maternité prises en charge à 100 %. Il doit toutefois régler les participations forfaitaires par acte médical, acte paramédical, médicaments et transport, mais il est exonéré du forfait 24 € pour les actes lourds.

Lorsque l'intéressé n'exerce pas d'activité professionnelle, la pension d'invalidité est automatiquement transformée en pension de retraite à l'âge légal de la retraite. S'il exerce une activité professionnelle, il doit formuler sa demande de pension de retraite. Le paiement de sa pension d'invalidité prend automatiquement fin au plus tard à l'âge d'obtention du taux plein, quelle que soit la durée d'assurance, ou avant cet âge s'il cesse son activité professionnelle.

2 - Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

L'ASI n'est pas soumise à la contribution sociale généralisée (CSG), ni à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Elle n'est pas non plus soumise à l'impôt sur le revenu.

* Le SAM représente les salaires reportés au compte vieillesse de l'assuré pendant les 10 meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).

L'allocation supplémentaire d'invalidité est versée uniquement aux travailleurs salariés.

Elle complète une pension d'invalidité ou une pension de veuf ou de veuve invalide, si les ressources sont inférieures à un plafond mensuel de :

- 800 € par mois si le bénéficiaire vit seul ou lorsqu'un seul des conjoints en bénéficie ;
- 1 400 € par mois lorsque les deux conjoints en bénéficient.

Le montant de l'allocation supplémentaire d'invalidité varie en fonction des ressources. Le montant de l'ASI est égal au plafond duquel est déduit le montant des ressources.

Un bénéficiaire seul dont les revenus mensuels sont de 500 €, pourra percevoir l'ASI au montant de : 800 € - 500 € soit 300 €.

3 - Pension d'invalidité de veuve ou de veuf

La pension d'invalidité de veuve ou de veuf est attribuée par l'assurance maladie au conjoint survivant d'un assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse ou qui était susceptible de bénéficier d'un tel avantage.

Pour prétendre à cet avantage, le conjoint survivant doit être âgé de moins de 55 ans et être atteint d'une invalidité permanente réduisant de 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Le montant de la pension est égal à 54 % de la pension (d'invalidité ou de vieillesse) dont bénéficiait ou aurait bénéficié le défunt.

Une majoration de 10 % est accordée au bénéficiaire ayant eu au moins 3 enfants à charge.

À partir de 55 ans, la pension d'invalidité de veuve ou de veuf est transformée en pension de vieillesse de veuve ou de veuf, versée par la caisse de retraite.

Cette pension n'est pas cumulable avec la pension de réversion.

DERNIERE MINUTE

Cumul pension d'invalidité et autres revenus

Le présent décret aménage les modalités de suspension de la pension d'invalidité en cas d'exercice d'une activité professionnelle, en permettant, pour les salariés, un cumul intégral des revenus d'activité et de la pension d'invalidité jusqu'à ce que le revenu disponible de l'assuré redevienne similaire à celui qu'il avait avant son passage en invalidité, puis en organisant au-delà de ce seuil la réduction de la pension de l'équivalent de la moitié des gains constatés.

Il entre en vigueur à compter du 1^{er} avril 2022.

[- Décret n°2022-257 du 23 février 2022 - JORF du 27 février 2022](#)

C - Assurance décès

Le capital décès n'est soumis ni à la CSG, ni à la CRDS, ni aux cotisations de sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

Le **capital-décès** est versé aux proches d'un assuré social par la caisse primaire d'assurance maladie en métropole ou les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Le capital-décès est versé en priorité aux personnes qui, au jour du décès, étaient à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si plusieurs personnes étaient à la charge de l'assuré, il est versé, par ordre de préférence :

- au conjoint survivant, non séparé de droit ou de fait ou au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ;
- aux enfants légitimes, naturels, adoptifs, recueillis ;
- aux ascendants.

Pour ouvrir droit au capital-décès, l'assuré décédé devait, durant la période de 3 mois avant le décès, se trouver dans l'une de ces situations :

- exercer une activité salariée ;
- percevoir des indemnités de chômage ;
- être titulaire d'une pension d'invalidité ;
- être titulaire d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %.

Décès d'un enfant

Les parents peuvent bénéficier sur demande d'un congé de deuil à la suite du décès de leur enfant âgé de moins de 25 ans, ou d'une personne à charge de moins de 25 ans. La durée de ce congé est de 8 jours.

Les indemnités du congé de deuil parental sont soumises à :

- la CRDS et à la CSG. Un montant forfaitaire de 21 % est déduit avant versement ;
- l'impôt sur le revenu.

Indemnisé par l'Assurance maladie, il doit être pris dans l'année qui suit le décès (intervenu à compter du 1er juillet 2020).

L'indemnité journalière versée est calculée sur les salaires des 3 mois qui précèdent le congé ou des 12 mois précédents en cas d'activité saisonnière ou non continue, déduction faite d'un taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelles rendues obligatoires par la loi.

Les salaires sont pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 3 428,00 € pour l'année 2022). Le montant maximum de l'indemnité journalière pouvant être versée pendant le congé de deuil est de 89,03 € par jour après déduction du taux forfaitaire (21 % correspondant à la part salariale des cotisations sociales et contributions obligatoires CSG et CRDS).