L’assurance maladie

**Elle a un double rôle :**

* Compenser (en partie) par des **prestations en espèces** (indemnités journalières), la **perte de salaire** subie par l’assuré que la maladie ou l’accident (non professionnel) empêche de travailler ;
* Permettre à l’assuré par des **prestations dites « en nature »** (**remboursement des soins**), de faire face aux **frais médicaux et paramédicaux**  nécessités par sa maladie (ou accident) ou *celle des membres de sa famille.*

# les prestations en especes : les indemnités journalieres

* Conditions d’attribution EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL

**Le médecin a prescrit un arrêt de travail pour maladie.**

Sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droits et de respecter certaines formalités le salarié peut percevoir des indemnités journalières pendant l'arrêt de travail.

**Les indemnités journalières** versées pendant un arrêt de travail pour maladie **sont destinées** **à compenser partiellement la perte de salaire entraînée par l'arrêt.**

Seul l'assuré social peut, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droits, en bénéficier.

Les indemnités journalières seront calculées sur la **base des salaires des trois mois ou douze mois précédant l'arrêt de travail.**

Les conditions d'ouverture de droits et le montant des indemnités journalières varient selon la durée de l'arrêt de travail **: arrêt de travail inférieur à 6 mois ou arrêt de travail supérieur à 6 mois.**

Les indemnités journalières maladies sont versées pour chaque jour de l'arrêt de travail (y compris les samedis, dimanches et jours fériés), **mais après un délai de carence de 3 jours et pendant une durée maximum.**

Il est nécessaire de consulter la convention collective pour connaître les conditions du maintien de salaire pendant l'arrêt de travail pour maladie.

**Cas général :**

### L’assure est sans emploi

L'assuré bénéficie **ou a bénéficié au cours des 12 derniers mois, d'une allocation POLE EMPLOI** ou il a cessé son activité salariée depuis moins de 12 mois.

**C'est l'activité salariée antérieure**, à l'indemnisation chômage ou à la cessation d'activité salariée, **qui détermine les règles d'attribution** et de **calcul des indemnités** journalières pendant un arrêt de travail maladie. Si elle ouvre droit aux indemnités journalières maladie, celles-ci sont alors calculées sur la base du salaire antérieur à l’admission à Pôle Emploi ou à la cessation de l’activité depuis moins d’un an.

**Les indemnités journalières ne sont pas cumulables** avec une allocation POLE EMPLOI. Le versement d'indemnités journalières maladie entraîne donc la suspension du versement de l'allocation POLE EMPLOI, ce qui reporte d'autant la durée des droits à l'allocation POLE EMPLOI.

### Délai de carence

**Les indemnités journalières sont versées à partir du 4ème jour d'arrêt de travail.** En effet les 3 premiers jours de l'arrêt de travail constituent un délai de carence, pendant lequel l'indemnité journalière n'est pas versée.

**A noter : le délai de carence est appliqué pour chaque arrêt de travail** : cependant, si la reprise d'activité entre deux arrêts de travail successifs n'a pas dépassé 48 heures, le délai de carence n'est pas appliqué pour le second arrêt.

* Montant de l'Indemnité journalière

**L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire\*** journalier de base, **calculé sur la moyenne des salaires des trois ou douze mois précédant l'arrêt de travail.**

\*salaires soumis à cotisations, et prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant maximum de l’indemnité journalière maladie du 1er janvier 2021** | |
| Indemnité journalière maladie normale | [46 €/brut](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053#:~:text=Les%20indemnit%C3%A9s%20journali%C3%A8res%20(IJ)%20sont,%2C%20divis%C3%A9%20par%2091%2C25.) |

* Majoration pour charge de famille

Si l'assuré a au moins trois enfants à charge, l'indemnité journalière est majorée à partir du **31ème jour d'arrêt de travail : elle est égale à 66,66 % du salaire journalier de base.**

* Revalorisation

**Lorsque l'arrêt de travail se prolonge au-delà de 3 mois,** l'indemnité journalière maladie peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires.

**Prélèvements sociaux, impôt, retraite**

Le montant de l'indemnité journalière maladie **est réduit de 0,5 % au titre de la CRDS et de 6,2 % au titre de la CSG\*.**

Les indemnités journalières maladies sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont relatives à une affection de longue durée.

Les décomptes d'indemnités journalières maladie valident les droits des usagers à la retraite.

Les usagers doivent les conserver sans limitation de durée, comme des bulletins de salaire.

* DUREE DU VERSEMENT

L'organisme de Sécurité sociale (CPAM, MSA) verse au maximum 12 mois d'IJ par période de 3 ans consécutifs.

Pour les affections de longue durée (Maladie grave et/ou chronique ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie) :

* Les IJ sont versées pendant 3 ans.
* Un nouveau délai de 3 ans est ouvert si vous avez retravaillé pendant au moins 1 an.
* Si, au bout de 3 ans, vous êtes de nouveau en arrêt maladie alors que vous avez travaillé moins d'une année, vous pouvez être indemnisé si vous avez reçu moins de 12 mois d'IJ sur la période de 3 ans.
* Affection de longue durée

Les patients atteints **d’une affection de longue durée (ALD)** peuvent bénéficier d’une prise en charge à 100 % pour les soins et traitements liés à leur maladie.

A cet effet, leur médecin **traitant établit un protocole de soins**, en concertation avec les autres médecins qui interviennent dans le suivi de l'affection de longue durée.

Il y indique notamment tous les soins et traitement liés à l'affection de longue durée, et qui seront pris en charge à 100 % après accord de l’Assurance Maladie.

**Un volet de ce formulaire de prise en charge est remis au patient**, qui doit le signer et le présenter à chaque médecin qui le suit dans le cadre de son ALD pour être pris en charge à 100 %.

Ce nouveau dispositif permet au patient d’être mieux informé sur son traitement et sur ce qui est pris en charge à 100 %. Cela permet également d’assurer une meilleure circulation de l’information et une meilleure coordination des soins entre les différents médecins qui suivent le patient.

**Le protocole de soins**

1. Le patient est atteint d’une affection de longue durée (ALD). Afin de pouvoir bénéficier, à ce titre, d’une prise en charge à 100 % pour les soins et traitements liés à votre maladie, le médecin traitant **établit un formulaire de prise en charge**, appelé **"protocole de soins",** en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de la maladie.

Il indique avec précision tous les actes et les soins nécessités par le traitement de l’affection de longue durée (médicaments, examens biologiques, recours à des médecins spécialistes et / ou à des auxiliaires médicaux) qui pourront être pris en charge à 100 %, après accord du service médical de l’Assurance Maladie.

1. Une fois le protocole rédigé avec la liste précise des actes et soins pris en charge à 100 %, le médecin traitant signe et adresse ce formulaire au médecin conseil de la caisse **d’Assurance Maladie.**
2. Après accord, le médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie signe le formulaire et le renvoie au médecin traitant.

Un courrier de la caisse **d’Assurance Maladie est adressé au patient l’informant de l’accord de prise en charge à 100 % de la maladie et l’invitant à mettre à jour sa carte Vitale, accompagné d’un guide pratique.**

1. Le médecin traitant remet au patient le volet du formulaire de prise en charge pour signature.
2. Le volet doit être conservé et présenté à chaque médecin qui suit le patient dans le cadre de l’affection de longue durée, pour être pris en charge à 100 %.

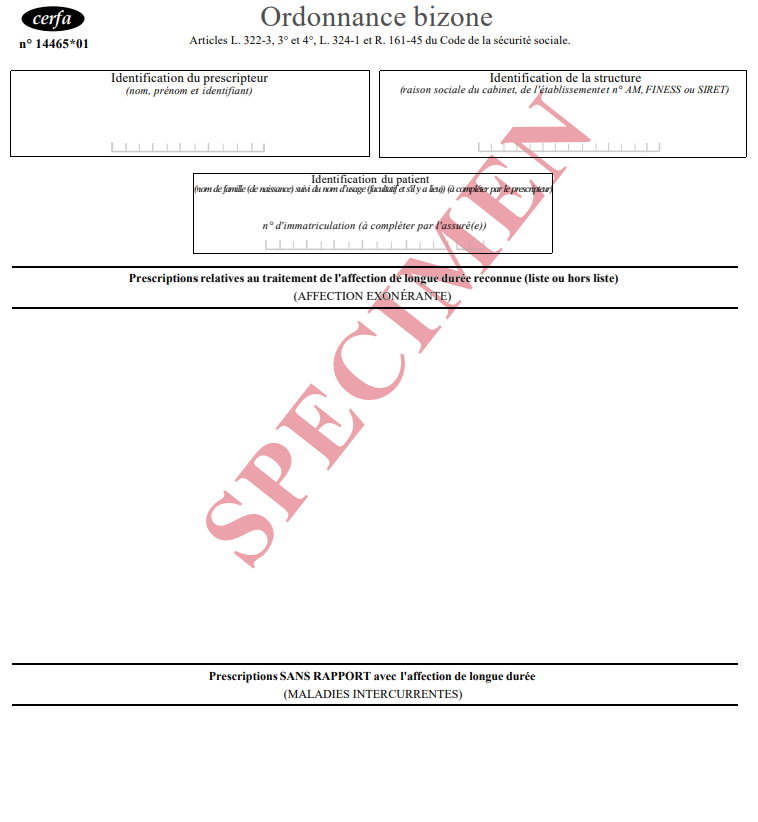
**La procédure dérogatoire**

C’est le médecin traitant qui élabore le protocole de soins. Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont remplies, l’Assurance Maladie ouvre immédiatement les droits même si la demande de prise en charge à 100 % n’est pas initiée par le médecin traitant.

C'est le cas notamment lorsque le diagnostic d'une affection de longue durée est fait à l'hôpital, parfois dans un contexte d'urgence.

Cette procédure permet au patient d'être immédiatement pris en charge à 100 % au titre de son affection de longue durée ; il dispose de 6 mois pour faire établir le protocole de soins par son médecin traitant.

**L'ordonnance bizone**



**Le volet du formulaire de prise en charge** présenté au médecin lors d'une consultation lui permet de savoir quels soins et traitements sont pris en charge à 100 %. Ces informations lui sont nécessaires pour établir sa prescription.

**A cet effet, le médecin utilise une ordonnance bizone** pour distinguer clairement les soins et traitements en rapport avec l’affection de longue durée et pris en charge à 100 %, et ceux liés à d'autres maladies, remboursés aux taux habituels.

L'ordonnance bizone se compose de   
  
2 parties :

**Une partie supérieure**, réservée aux soins et traitements en rapport avec l’affection de longue durée.

Ces soins et traitements sont pris en charge à **100 % sur la base des tarifs de la sécurité sociale**. Pour en bénéficier, la mise à jour de la carte Vitale est nécessaire.

Les formulaires appelés « PIRES » établis antérieurement pour les patients déjà en ALD restent valables jusqu'à leur renouvellement. Ils seront progressivement remplacés par le nouveau protocole de soins, au fur et à mesure de la publication des référentiels de prise en charge par la Haute Autorité de Santé.

|  |
| --- |
| **La prise en charge à 100 % ne concerne pas** :   * - les dépassements d'honoraires, qui ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, - la participation forfaitaire de 1 euro, * - le forfait hospitalier. |

**Une partie inférieure**, réservée aux soins et traitements sans rapport avec l’affection de longue durée.

Ces soins et traitements sont pris en charge aux taux habituels. La partie non remboursée par l'Assurance Maladie reste à la charge du patient, ou bien est prise en charge par l’assurance ou mutuelle complémentaire.

**Liste des 30 ALD**

Ont droit à l’exonération du ticket modérateur, communément appelée 100 %, les personnes atteintes d’une affection inscrite sur une liste des 30 maladies.

Cette exonération ne concerne que les soins en rapport avec l’affection (ordonnance bizone à remplir)

**Ces 30 affections sont les suivantes :**

1. Accident vasculaire cérébral invalidant,
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3. Artériopathie chronique et évolutive avec manifestations ischémiques,
4. Bilharziose compliquée,
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves,
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses,
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le virus de l’immunodéficience humaine(VIH),
8. Diabète de type 1 et de type 2
9. Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères,
11. Hémophilie et affections constitutionnelles de l’hémostase graves,
12. Maladie coronaires,
13. Insuffisance respiratoire chronique grave,
14. Maladie d’Alzheimer et autres démences,
15. Maladie de Parkinson,
16. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé,
17. Mucoviscidose,
18. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrétique primitif,
19. Paraplégie,
20. Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive,
21. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave,
22. Affections psychiatriques de longue durée
23. Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn évolutives,
24. Sclérose en plaques,
25. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne,
26. Spondylarthrite ankylosante grave,
27. Suite de transplantation d'organe,
28. Tuberculose active,
29. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique,
30. Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

# les prestations en nature :

**Les prestations « en nature »** couvrent, sous forme de remboursements, les frais médicaux et **paramédicaux (honoraires médicaux et chirurgicaux, soins annexes, frais dentaires, analyses de laboratoire, hospitalisation, transports, etc.)** exposés par l’assuré social pour lui-même et pour ses proches, à l’exception des frais médicaux correspondant aux accidents du travail et maladies professionnelles, régis par des règles spécifiques.

* BENEFICIAIRES

L’assuré lui-même et les ayants droits de l’assuré :

* Conjoint non divorcé, auquel la loi assimile la personne liée à l’assuré par un pacte civil de solidarité et le concubin (hétérosexuel ou homosexuel) à la charge effective, totale et permanente de l’assuré.
* Des enfants à charge (légitimes, naturels, adoptifs ou simplement recueillis) de moins de 16 ans. La limite est portée à 20 ans pour les enfants poursuivant des études et pour ceux qui ne peuvent exercer une activité professionnelle en raison de leur état physique ou mental.
* Des ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu’au 3ème degré vivant sous le même toit que l’assuré et se consacrant au ménage et à l’éducation d’au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l’assuré.
* LES AUTRES BENEFICIAIRES SONT :
* Les ayants droits de l’assuré après le décès de l’assuré (1 an après le décès)
* Les détenus

Les personnes perdant leur qualité d’ayant droit d’assuré bénéficient du maintien de leurs droits pendant 12 mois.

* CONDITIONS D’OUVERTURE DES DROITS

Pour avoir droit **aux prestations en nature** (remboursement des soins) des assurances maladie et maternité, l'assuré(e) doit justifier :

* Avoir travaillé au moins 60 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 60 fois le montant du SMIC horaire, pendant 1 mois et ce au cours des trois mois qui précèdent la demande de prise en charge,
* ou avoir travaillé au moins 120 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 120 fois le montant du SMIC horaire, pendant 3 mois,
* ou avoir travaillé au moins 1 200 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire, pendant 1 an.

**Les conditions d’ouverture des droits sont appréciées**

* à la date des soins pour les prestations en nature de l’assurance maladie
* à la date du début de grossesse ou du début du repos prénatal pour les prestations en nature de l’assurance maternité

**Extinction des droits**

Les droits sont maintenus 12 mois lorsque l’assuré cesse de travailler.

Lorsque l’assuré a un statut de demandeur d’emploi ses droits sont maintenus comme s’il travaillait.

* les mecanismes de prise en charge :

**Deux traits caractérisent les prestations en nature**

1. Elles prennent la forme du ***remboursement*** à l’assuré des frais exposés pour sa santé. Il incombe à l’assuré de faire ***l’avance des frais***, avant de demander la prise en charge par l’assureur maladie (assurance-remboursement).

C’est le[**tiers payant**](https://youtu.be/o2_j5mVN9iU)

**Le tiers payant s’applique systématiquement à la prise en charge des frais hospitaliers** ; il peut aussi donner lieu à des conventions en ce sens avec les praticiens et auxiliaires médicaux.

1. **Le remboursement n’est pas intégral** :

L’assuré **doit s’acquitter du** [**ticket modérateur**](https://youtu.be/JOCBy4yBTVo)

Attention, celui-ci est supprimé dans 2 cas :

* **Soit pour certaines dépenses particulièrement lourdes** (par ex : interventions chirurgicales importantes ; affections exigeant un arrêt de travail de plus de trois mois etc…)
* **Soit pour certains assurés** (par ex : titulaires d’une pension d’invalidité, ALD).

En cas d’hospitalisation, l’assuré doit s’acquitter, pour chaque journée passée dans l’établissement, du [***forfait hospitalier***](https://www.ameli.fr/pyrenees-orientales/assure/remboursements/reste-charge/forfait-hospitalier)**, institué en 1983,** sauf exonération dans certains cas (hospitalisation des enfants handicapés, accidentés du travail, etc.…).

**Le pharmacien a le droit de délivrer un médicament générique à la place d’un médicament de marque prescrit sur l’ordonnance.**

**Pourquoi ne plus rembourser certains médicaments ?**

Les dépenses de médicaments remboursés par l'Assurance Maladie n'ont cessé d'augmenter :

17,5 milliards d'euros en 2004, soit une augmentation d'environ 1 milliard d'euros par rapport à 2003.

Cette progression s'explique notamment par l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements issus des progrès de la recherche. Accessibles à tous selon les principes de notre système de santé solidaire, ils sont plus performants mais ils coûtent souvent très cher.

Les ressources étant limitées, il faut donc établir des priorités et faire des choix, comme celui de ne plus rembourser certains médicaments.

**Qui décide de ne plus rembourser un médicament ?**

Cette décision est prise par le ministère de la Santé, sur recommandation de la Haute autorité de santé (HAS), organisme public d'expertise scientifique et médicale, indépendant de l'Etat, de l'Assurance Maladie et de l'industrie pharmaceutique, et dont l'une des missions est d'évaluer l'utilité médicale des médicaments.



**CREDITS**

* **ŒUVRE COLLECTIVE DE L’AFPA**

sous le pilotage de la Direction de l’Ingénierie et de l’Innovation Pédagogique (DIIP)  
Centre d’ingénierie sectoriel tertiaire-services

* **EQUIPE DE CONCEPTION**

Sylvie CULAT (Ingénieur de formation)

Véronique BERNARD (Formateur)

Lise DELAPLANCHE (Formateur)

Frédérique HEURGUIER (Formateur)

Nadège ROSELL (Formateur)

* **DATE DE MISE A JOUR**

01/10/2021

**© AFPA 2021 - fi7-prestations-ss**

**Reproduction interdite**

Article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle

« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l’auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l’adaptation ou la transformation, l’arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

**Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes**

13 place du Général de Gaulle - 93108 Montreuil Cedex

[www.afpa.fr](http://www.afpa.fr/)