

Professions
indépendantes

Votre assurance maladie dans les départements d'outre-mer

Édition 2007

Quels sont les bénéficiaires de l'assurance maladie ?

L'assuré

Est assuré au RSI (ex régime d'assurance maladie des professions indépendantes), toute personne exerçant à titre personnel une activité artisanale, commerciale, industrielle ou libérale ainsi que certains dirigeants ou associés de société.

Ces personnes ont droit aux prestations en nature (prise en charge des soins et des médicaments) de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Les ayants droit

→ Votre conjoint peut bénéficier des prestations en nature (prise en charge des soins et des médicaments) de votre régime d'assurance maladie s'il ne bénéficie pas d'une couverture maladie à titre personnel.

→ Vos enfants ont également droit aux prestations en nature jusqu'à 16 ans (de plein droit) ou jusqu'à 20 ans (s'ils poursuivent leurs études).

Si votre conjoint est couvert par un autre régime d'assurance maladie, vous devez choisir à quel régime seront rattachés vos enfants. Faute de choix, ils seront couverts par le régime qui reçoit la première demande de remboursement.



Comment bénéficier des prestations ?

Lors de votre inscription au Centre de Formalités des Entreprises (CFE), l'Organisme Conventionné (RAM) vous est présenté comme le gestionnaire de votre assurance maladie.

Lors de votre affiliation au RSI, votre OC vous envoie une nouvelle carte Vitale. Elle est accompagnée d'une attestation de droits qui est le reflet du contenu de votre carte. Vous devez présenter votre carte aux professionnels de santé qui vous la demandent. Elle vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements de soins.

En cas de changement de situation (mariage, naissance, décès, maternité, longue maladie...) ou si vous déménagez, vous devez envoyer les justificatifs à votre OC.

Vous pouvez mettre à jour votre carte Vitale dans une borne disponible dans la plupart des pharmacies.

Si le professionnel de santé que vous consultez n'utilise pas la carte Vitale, il vous délivre une feuille de soins : vous devez adresser cette feuille de soins avec la prescription éventuelle à votre OC.

Quels sont les taux de remboursements ?

Le Régime Social des Indépendants vous rembourse dans la majeure partie des cas les mêmes prestations que le régime général des salariés avec des taux de remboursement identiques.

EN CONSÉQUENCE, À GARANTIE ET À ÂGE ÉGAL,
LES TARIFS DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ
PROPOSÉES AUX INDÉPENDANTS
DOIVENT ÊTRE AU PLUS,
ÉGAUX À CEUX PROPOSÉS AUX SALARIÉS.



Pour la maladie

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

- Hospitalisation, soins et pharmacie 100 %

SOINS HOSPITALIERS

- Séjour à compter du 31^{ème} jour ou dès le 1^{er} jour si acte d'un coefficient ≥ 50 ou ≥ 91 €⁽¹⁾ 100 %
- Séjour ≤ 30 jours ou acte < 50 ou < 91 € 80 %

AUTRES SOINS, EXAMENS ET PHARMACIE

- Honoraires des praticiens⁽¹⁾⁽²⁾ 70 %
- Honoraires des auxiliaires médicaux⁽¹⁾ 60 %
- Analyses 60 %
- Certains médicaments spécialisés particulièrement coûteux 100 %
- Médicaments à vignette blanche, autres médicaments et fournitures pharmaceutiques ... 65 %
- Médicaments à vignette bleue 35 %
- Médicaments à vignette orange 15 %

(1) Les actes ou séries d'actes (sauf prothèses dentaires) d'un coefficient ≥ 50 ou ≥ 91 € sont pris en charge à 100 %, déduction faite de la participation de 18 €.

(2) Attention : le taux est réduit à 60 % sans déclaration de médecin traitant ou consultation directe du spécialiste sauf cas particuliers.



Pour la maternité

- Examens obligatoires pré et postnatals 100 %
- Frais d'accouchement 100 %
- Soins et examens dispensés pendant les 4 derniers mois de la grossesse et jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement 100 %

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO

Depuis le 1^{er} janvier 2005, **une participation forfaitaire de 1 euro est automatiquement déduite du montant de vos remboursements** pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste et pour tout acte médical ou de biologie (à l'exception des actes et consultations réalisés au cours d'une hospitalisation). Cette participation de 1 euro ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les bénéficiaires de l'assurance maternité, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État. Cette participation forfaitaire est **limitée à 50 euros** par an et par personne.

LA PARTICIPATION DE 18 EUROS POUR LES ACTES COÛTEUX

Une participation de 18 € est automatiquement déduite, sauf cas particuliers, de vos remboursements pour les actes ayant un coefficient supérieur ou égal à 50 ou d'un montant supérieur ou égal à 91 €. Cette participation ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'assurance maternité, aux pensionnés d'invalidité et aux soins en rapport avec une affection de longue durée.

Cette participation est prise en charge pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les frais de transport

Vous devez vous déplacer pour recevoir des soins ou faire pratiquer des examens nécessités par votre état de santé. Le Régime Social des Indépendants peut dans certains cas rembourser vos frais de transport.

Quels sont les transports remboursables ?

- transports liés à une hospitalisation ;
- transports pour soins en rapport avec une affection de longue durée ;
- transports en ambulance : transport allongé médicalement justifié ou surveillance constante nécessaire ;
- transports en série : au moins égal à 4 au cours d'une période de deux mois et pour une distance de plus de 50 km (aller) ;
- transports longue distance : plus de 150 km aller ;
- transports liés à un contrôle réglementaire : convocation au contrôle médical, à une expertise médicale, au centre ou chez un fournisseur d'appareillage ;
- transports de la personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans ou un malade nécessitant l'assistance d'un tiers, en transport en commun.

Quelles sont les formalités à accomplir ?

→ Prescription médicale :

Elle est **obligatoire dans tous les cas** et doit être établie avant le transport. En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie après le transport. La convocation du médecin conseil ou de l'expert tient lieu de prescription.

→ Demande d'entente préalable :

Elle est **obligatoire** quels que soient le motif et le moyen de transport utilisé :

- chaque fois que le transport est supérieur à 150 km ;
- quand il s'agit de transports en série à plus de 50 km ;
- par avion ou bateau de ligne régulière.

→ Production d'un justificatif :

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la production :

- soit **d'une facture délivrée** par les transporteurs sanitaires (ambulance, véhicule sanitaire léger) ou non sanitaires (taxi, voiture de petite remise avec une aide à l'accès du client au véhicule).
- soit **d'un état de frais** établi par l'assuré (transports en commun / véhicule personnel).

Quel est le rôle de votre médecin ?

Le médecin traitant ou le médecin de l'établissement de soins :

- détermine **le moyen de transport le moins onéreux** adapté à l'état de santé du malade ;
- précise **la structure de soins la plus proche** appropriée à l'état du malade.

Quels sont les moyens de transports utilisables ?

→ Moyens sanitaires :

- **l'ambulance** : transport de malade **en position allongée** ou nécessitant une **surveillance constante** ;
- **le véhicule sanitaire léger (VSL)** : pour les malades ayant des difficultés de déplacement ou d'accomplissement des formalités.

→ Moyens non sanitaires :

- **les transports en commun** (autocar, autobus, chemin de fer, avion ou bateau de ligne régulière) ;
- **le véhicule personnel** ;
- **le taxi ou la voiture de petite remise.**

Les soins à l'étranger

Vous séjournez à l'étranger pour vos vacances, un voyage d'affaires, d'études ou par obligation médicale : vos frais de santé, ainsi que ceux de vos ayants droit, peuvent être remboursés que vous soyez actif ou retraité.

Quels sont les types de soins concernés ?

- les soins immédiats nécessités par l'état de santé de l'intéressé (accident ou maladie) ;
- les soins consécutifs à un traitement entrepris avant le séjour ;
- les soins ne pouvant être dispensés en France.

Dans les deux derniers cas, l'accord préalable du régime est toujours nécessaire.

Quels sont les modalités de remboursement ?

POUR LES SÉJOURS DANS L'UNION EUROPÉENNE (UE), L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPÉEN (EEE) ET EN SUISSE

Vous devez demander la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) à votre Organisme Conventionné, avant votre départ. Grâce à cette carte, vous pourrez bénéficier d'une prise en charge facilitée de vos frais médicaux par les organismes locaux, sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour.

Les pays de l'UE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède.

Les pays de l'EEE : pays de l'UE + Islande, Liechtenstein et Norvège.

Attention pour les 2 cas suivants, vous devez obtenir un accord préalable de votre régime (formulaire E112) :

→ **soins consécutifs à un traitement en France :**
remboursement sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour ;

→ **soins ne pouvant être dispensés en France :**
remboursement sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour.

Si vous avez oublié de vous procurer la Carte Européenne d'Assurance Maladie, vous devez adresser à votre retour vos factures et feuilles de soins à votre Organisme Conventionné. Le remboursement s'effectuera sur la base des tarifs de l'Etat de séjour ou, sous certaines conditions, sur la base des tarifs français.


POUR LES SÉJOURS EN DEHORS DE L'UNION EUROPÉENNE, DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPÉEN OU DE LA SUISSE

→ **Soins immédiats :**

Après avis du contrôle médical, un remboursement forfaitaire ne pouvant être supérieur à celui qui aurait été alloué, si les soins avaient été reçus en France, peut être effectué. Ce remboursement n'est pas une obligation c'est une simple faculté laissée aux caisses.

→ **Soins ne pouvant être dispensés en France :**

Le remboursement est effectué après accord préalable du régime. Il est forfaitaire et ne peut être supérieur au remboursement qui aurait été alloué si les soins avaient été reçus en France.



Dans tous les cas, renseignez-vous auprès de votre Organisme Conventionné ou de votre caisse RSI avant votre départ.

Les allocations de maternité

Vous êtes femme chef d'entreprise

Si vous interrompez votre activité pendant 30 jours consécutifs, vous bénéficiez d'une indemnité forfaitaire de 1 341 €⁽¹⁾. L'indemnité est portée respectivement à 2 011,50 €⁽¹⁾ et à 2 682 €⁽¹⁾ si l'interruption d'activité doit se prolonger 15 ou 30 jours. L'indemnité est versée sans que vous soyez obligée de vous faire remplacer par du personnel salarié.

Vous avez également droit à une allocation de repos maternel de 2 682 €⁽¹⁾ pour compenser partiellement votre diminution d'activité.

	CAS GÉNÉRAL
Indemnité journalière d'interruption d'activité	De 1 341 € pour 30 jours à 2 682 € pour 60 jours
Allocation de repos maternel	2 682 €
TOTAL	De 4 023 € pour 30 jours à 5 364 € pour 60 jours

Vous êtes conjointe collaboratrice

Vous bénéficiez d'une indemnité de remplacement d'un montant maximum journalier de 50,99 €⁽²⁾ si vous interrompez votre activité et si vous vous faites remplacer dans vos activités professionnelles ou ménagères par du personnel salarié pendant 7 jours au minimum et 56 jours au maximum. Ces durées peuvent être doublées, sur demande adressée à votre Organisme Conventionné.

Vous avez droit aussi à une allocation de repos maternel de 2 855,65 €⁽²⁾.

(1) montant au 1^{er} janvier 2007.

(2) montant au 1^{er} juillet 2007.

En cas d'adoption, des indemnités et des allocations adaptées vous sont également versées **si vous êtes femme chef d'entreprise ou conjointe collaboratrice**.

Le congé de paternité

Depuis le 1^{er} janvier 2002, les pères bénéficient d'un congé de paternité indemnisé de 11 jours (pour une naissance ou une adoption simple) à 18 jours (pour une naissance ou une adoption multiple). Cette mesure s'applique aux chefs d'entreprise et aux conjoints collaborateurs.



Les indemnités journalières

Vous pouvez bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident si à la date du constat médical :

- vous êtes artisan ou commerçant ou industriel à titre principal ;
- vous êtes affilié RSI au titre de la maladie depuis au moins un an, ou antérieurement à un autre régime obligatoire d'assurance maladie sans interruption au titre d'une activité professionnelle ;
- vous relevez du RSI au titre de l'assurance vieillesse des artisans ou des industriels et commerçants ;
- vous êtes à jour de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'indemnités journalières.

Quelles sont les prestations versées ?

Le montant de l'indemnité journalière est compris entre un minimum de 17,88 € par jour et un maximum de 44,70 € par jour pour les arrêts établis en 2007.

L'INDEMNITÉ EST VERSÉE À COMPTER :

- du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation (délai de carence de 3 jours) ;
- du 8^{ème} jour en cas de maladie ou d'accident (délai de carence de 7 jours).

LA DURÉE MAXIMUM D'INDEMNISATION EST FIXÉE À :

- 360 jours sur 3 ans dans le cas général (maladie, accident...);
- 3 ans pour les personnes bénéficiant d'un arrêt de travail au titre d'une même affection de longue durée (ALD) ou au titre de soins de longue durée (SLD).

À partir du 91^{ème} jour d'incapacité de travail, l'assurance invalidité des artisans gérée par le RSI peut prendre le relais et verser une pension en cas d'incapacité au métier ou en cas d'invalidité totale et définitive.

De même, l'assurance invalidité des commerçants gérée par le RSI peut verser une pension pour invalidité partielle ou totale et définitive.

Quelle est la cotisation ?

Vous payez une cotisation supplémentaire de 0,7 % calculée sur vos revenus dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 160 920 € en 2007.

La couverture maladie universelle (CMU) complémentaire

Quels sont les principes ?

Vous exercez ou avez exercé une profession artisanale, commerciale ou libérale.

À ce titre vous êtes affilié RSI au titre de l'assurance maladie.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle offre une couverture maladie complémentaire gratuite aux personnes disposant de faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière.

Quel est le plafond de ressources ?

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, vos ressources doivent être inférieures à 8 094 € par an (pour une personne seule).

Les revenus professionnels à prendre en compte sont ceux de l'année civile précédente retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déductions, abattements et exonérations. S'y ajoutent les autres ressources des 12 mois civils précédant la demande.

Quels sont les soins pris en charge ?

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE PREND EN CHARGE :

→ le ticket modérateur* des consultations médicales, des actes paramédicaux, des médicaments remboursés et des examens de laboratoire ;

* partie restant à la charge des assurés après remboursement par le régime obligatoire.

- le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur éventuel pour les frais de séjour hospitalier ;
- dans certaines limites, les dépassements de tarifs de remboursement pour les soins et prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale, l'optique, les audio-prothèses et les autres appareils médicaux.

Comment sont calculées vos cotisations ?

Les assurés résidant dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion) bénéficient d'une réglementation spécifique en matière de calcul des cotisations.

Base de calcul

Votre cotisation est calculée sur la base de vos revenus professionnels (non salariés non agricoles pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, avant certains abattements, déductions ou exonérations) auxquelles s'appliquent les règles particulières suivantes :

- **prise en compte des revenus de l'avant-dernière année (N-2) :** soit 2005 pour la cotisation 2007 ;
- **prise en compte pour moitié des revenus inférieurs ou égaux au plafond de la Sécurité sociale, soit 32 184 €.**

Exemple : votre revenu 2005 est égal à 32 200 € :

- prise en compte de la moitié de votre revenu dans la limite de 32 184 €, soit 16 092 € ;
- prise en compte de la totalité au-delà de 32 184 €, soit 16 €.

Exonérations

Vous êtes totalement exonéré de cotisation :

- si votre revenu professionnel est inférieur à 4 414 € ;
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus (60 ans pour les femmes) et si vous avez élevé 4 enfants jusqu'à l'âge de 14 ans.

Échéances de la cotisation

La cotisation est payable en deux échéances semestrielles au 1^{er} avril et au 1^{er} octobre :

- **au 1^{er} avril 2007** : paiement d'un acompte semestriel calculé sur les revenus professionnels de 2005 (avant dernière année) ;
- **au 1^{er} octobre 2007** : paiement de la différence entre le montant annuel de la cotisation et l'acompte payé au 1^{er} avril 2007.

Taux

Les taux suivants sont appliqués :

- 0,6 % de vos revenus dans la limite du plafond de la Sécurité sociale avec un abattement de 50 %, soit 16 092 € ;
- + 5,9 % des mêmes revenus dans la limite de 5 plafonds de la Sécurité sociale.

Pour les indemnités journalières, les artisans et les commerçants acquittent une cotisation supplémentaire de 0,7 %.

Cas général : exemples de calcul

(hors cotisations indemnités journalières)

Revenus 2005 professionnels	MONTANT DES 2 ÉCHÉANCES DE LA COTISATION 2007	
	au 1 ^{er} avril	au 1 ^{er} octobre
13 000 €	209 €	214 €
18 400 €	296 €	357 €
29 000 €	467 €	476 €

Début d'activité

Si vous débutez une activité, vous êtes totalement exonéré de cotisations maladie maternité pendant 24 mois.

Cotisation minimale

La cotisation minimale s'applique en cas de revenus supérieurs à 4 414 € et de revenus inférieurs à 12 874 €*.

Elle est calculée sur la base d'un revenu égal à 40% du plafond de la Sécurité sociale de l'année en cours **avec un abattement de 50 %**.

Le montant semestriel au 1^{er} octobre 2007 s'élève à :

- 235 € pour les artisans et les commerçants ;
- 212 € pour les professions libérales.

* soit 40 % du plafond de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier 2007.

Activite indépendante secondaire

Vous exercez à titre principal une activité relevant d'un autre régime d'assurance maladie (exemple : activité principale salariée).

La cotisation est égale à 6,5 % des revenus sans application de la cotisation minimale.

Vos revenus professionnels sont également pris en compte pour moitié dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (32 184 € en 2007).

Vous percevez une pension d'invalidité

Si vous percevez une pension d'invalidité, servie par une caisse de retraite des professions indépendantes, vous êtes exonéré de toute cotisation sur vos derniers revenus d'activité ainsi que sur votre pension d'invalidité.



Vous êtes retraité

Aucune cotisation maladie n'est due sur les pensions de vieillesse dès lors que votre domicile fiscal est en France. En contrepartie, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) au taux de 6,6 % ou 3,8 % (selon votre niveau d'imposition) est précomptée sur les retraites de base et complémentaires. La Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) au taux de 0,5 % est également précomptée sur les retraites de base et complémentaires.

Vous êtes en difficulté

Si vous rencontrez des difficultés financières, votre caisse RSI peut vous aider.

Cette aide peut prendre la forme d'une prise en charge :

- de votre cotisation d'assurance maladie, en partie ou en totalité, notamment dans les cas de catastrophe naturelle ;
- du montant des frais de soins laissés à votre charge après remboursement ;
- de certaines prestations non prévues par les textes.

Votre caisse RSI peut également vous accorder une aide financière.

Les demandes d'aides sont à adresser à votre caisse RSI. La commission d'action sanitaire et sociale de votre caisse RSI, composée d'administrateurs élus par les assurés, examinera votre situation.

Depuis le 1^{er} juillet 2006, les caisses maladie (CMR) et retraite (AVA/ORGANIC) des artisans et commerçants ont été réunies au sein d'un organisme commun, le RSI, qui est désormais **votre interlocuteur social unique** en matière de santé, retraite, invalidité, décès et action sanitaire et sociale. le RSI gère l'assurance maladie-maternité des professions libérales.

VOTRE CAISSE