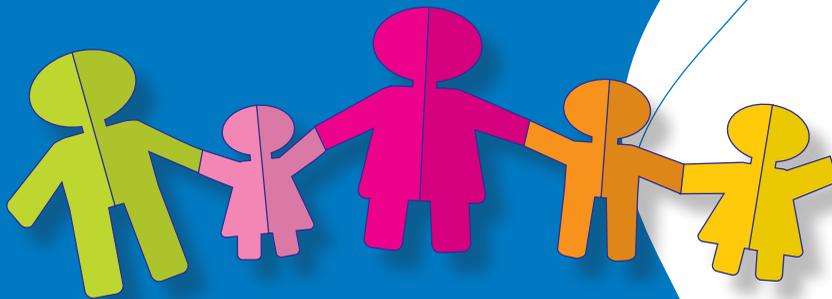


Mandatés CFTC,
nos valeurs en action



Vie personnelle et familiale



Vous attendez un enfant

Vous êtes enceinte	p.3
Vous êtes en congé maternité	p.7
Vous reprenez le travail	p.11

Votre famille au fil du temps

Vous accueillez votre/vos enfant(s)	p.13
Vous élevez votre/vos enfant(s)	p.19
Vous organisez la garde de votre/vos enfant(s)	p.23
Vous faites face à la maladie / au handicap d'un proche	p.29
Vous êtes confronté(e) à un changement de situation personnelle : séparation, divorce ou décès	p.35

Vous êtes malade

Vous protégez votre santé	p.39
Vous êtes en arrêt de travail (hors AT/MP)	p.49
Vous êtes en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP)	p.53
Vous souffrez d'une maladie chronique	p.59
Vous êtes hospitalisé(e)	p.65

Action sociale

L'action sociale pour quoi faire ?	p.69
L'action sociale des CAF	p.71
L'action sociale des CPAM	p.73

Annexes

Contacts utiles	p.75
Pour aller plus loin	p.76



Vous attendez un enfant

Vous êtes enceinte
Vous êtes en congé maternité
Vous reprenez le travail

p.3
p.7
p.11

DROIT DU TRAVAIL, VIE PRIVÉE
**VOUS AVEZ
BESOIN D'AIDE ?**

**UN EXPERT EST
À VOTRE ÉCOUTE AU
02 51 86 61 09***

Communiquez-lui votre code INARIC

**MACIF information juridique :
un service pour tous les adhérents CFTC**

*Coût d'un appel local. Du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés ou chômés

contrat de travail
relations individuelles
fin du contrat de travail

consommation
banque / fiscalité / placements

habitation
construction / achat / location

famille / loisirs / vie pratique
démarches administratives
santé / succession / divorce

**La CFTC offre à tous ses adhérents
une information par un juriste !**

La CFTC, syndicat de construction sociale,
est présente tous les jours à vos côtés pour défendre vos intérêts et vous conseiller dans vos démarches.


Syndicat
CFTC
La Vie à Défendre
www.cftc.fr

Situation Vous êtes enceinte



VOS DÉMARCHES

DÉCLARER VOTRE GROSSESSE À VOTRE EMPLOYEUR

Pourquoi ?

Cela vous permet de bénéficier des avantages légaux et conventionnels (ex : interdiction de licenciement, autorisations d'absences pour examens médicaux...).

À savoir ! Vous n'êtes pas obligée de révéler votre grossesse à votre employeur.

Comment ?

Si vous souhaitez bénéficier de ces avantages, vous devez informer votre employeur verbalement ou par écrit et lui remettre un certificat médical attestant de votre état de grossesse et indiquant la date présumée de votre accouchement.

DÉCLARER VOTRE GROSSESSE AUX ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Pourquoi ?

Cette déclaration permet de bénéficier :

- de la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie des examens prénataux obligatoires ;
- des prestations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) dès le 7^{ème} mois de grossesse (voir la prime à la naissance).

À savoir ! Les prestations de la CAF sont calculées en fonction de vos ressources (voir ci-après « votre famille au fil du temps »).

Comment ?

À la fin du 1^{er} examen médical, votre médecin vous remet un document « 1^{er} examen prénatal » composé de trois volets. Il s'agit de la déclaration de grossesse.

Après avoir complété ce document, vous devez envoyer, avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse :

- le volet rose, à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), accompagné des feuilles de soins de vos examens médicaux et de laboratoire ;
- les deux volets bleus à votre Caisse d'Allocations Familiales.

CONTACTER VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Demandez au plus vite à votre complémentaire santé les conditions de prise en charge de votre séjour en maternité (prise en charge des dépassements d'honoraires, d'une chambre particulière, ...).

★ **Vos contacts :** votre CPAM, votre CAF, votre complémentaire santé

DROITS RELATIFS À VOTRE SANTÉ

L'information sur vos droits

Dès réception de votre déclaration de grossesse, votre CPAM vous propose par courrier ou sur votre espace personnel www.ameli.fr :

- **le guide pratique « Ma maternité »** pour répondre à vos questions sur vos droits, vos démarches, le choix de la maternité où vous souhaitez accoucher ; vous y trouverez également des conseils santé pour une grossesse en pleine forme ;
- **un calendrier personnalisé de vos examens médicaux et de vos droits :** il vous indique les dates de vos principaux examens médicaux, la période de prise en charge à 100% de vos soins et les dates de votre congé maternité ;
- **un mémento** pour noter vos rendez-vous de suivi de grossesse ;
- **un aide-mémoire** pour vous aider à préparer la prochaine consultation avec le médecin ou la sage-femme qui suit votre grossesse.

★ **Votre contact :** votre CPAM



Examens prénataux obligatoires

Pendant votre grossesse, vous devez effectuer sept examens obstétricaux obligatoires :

- le premier examen doit se dérouler avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse ;
- les 6 autres doivent être pratiqués chaque mois, du 4^{ème} mois jusqu'à la date d'accouchement.

Il s'agit d'examens réalisés par le médecin mais aussi en laboratoire (prises de sang...).

PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Pour bénéficier du remboursement de vos frais médicaux, il faut que vous soyez, soit :

- assurée sociale (salariée, etc.) ;
- ayant droit d'un assuré social (votre mari, concubin, etc.) ;
- bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) (voir « Vous protégez votre santé, la CMU ») ;
- bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'État (AME).

★ Qu'est-ce qu'un ayant droit ?

Une personne à la charge d'un assuré social (ex : enfant à la charge de ses parents) peut, sous certaines conditions, être ayant droit de ce dernier. À ce titre, il bénéficie du remboursement des soins en cas de maladie ou de maternité, même s'il ne cotise pas lui-même.

Rappel ! Pour bénéficier du remboursement de vos frais médicaux, vous devez avoir envoyé votre déclaration de grossesse à la CPAM, et remis votre carte vitale à jour.

PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS PAR VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Selon votre contrat, votre complémentaire santé vous rembourse tout ou partie de vos restes à charge.

MONTANT DES PRISES EN CHARGE

	remboursement par l'Assurance maladie	remboursement par votre complémentaire santé
du 1^{er} au 5^{ème} mois		
vos frais médicaux (hors examens liés à la grossesse)	70% du tarif de base	généralement, les 30% restants
vos 7 examens prénataux obligatoires	100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie	
des examens biologiques complémentaires préventifs (recherche de groupe sanguin, dépistage de la toxoplasmose, hépatite B, rubéole...)	idem (100%)	
les deux échographies	70%	généralement, les 30% restants
dès le 6^{ème} mois de grossesse		
tous vos frais médicaux jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement (consultations, frais pharmaceutiques, d'analyses, d'examens, d'hospitalisation...)	100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie	
8 séances de préparation à la naissance	idem	

À savoir ! Vous êtes exonérée de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, à compter du 6^{ème} mois de grossesse.

★ Qu'est-ce que le tarif de base de l'Assurance maladie ?

Il s'agit du tarif sur lequel sont basés les remboursements de l'Assurance maladie (ex : la consultation chez un généraliste est de 23 €). On considère comme un dépassement d'honoraires tout montant supérieur à ce tarif.

AUTORISATIONS D'ABSENCE POUR VOUS RENDRE AUX EXAMENS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

Ces absences du travail seront sans conséquence sur votre rémunération, sur vos droits à congés payés ainsi que sur votre ancienneté dans l'entreprise.

★ **Vos contacts :** la CPAM, la complémentaire santé, votre employeur

Les ateliers collectifs

Votre CPAM peut vous proposer des ateliers collectifs réunissant des conseillers de l'Assurance maladie, des conseillers de CAF et des professionnels de santé, l'occasion d'obtenir des informations administratives (prise en charge des examens médicaux, congé paternité...), des conseils en santé, mais également de rencontrer et d'échanger avec d'autres (futurs) parents.

★ **Votre contact** : la CPAM

DROITS RELATIFS À VOTRE TRAVAIL

Aménagement des conditions de travail

REPOS

Vous avez la possibilité de vous reposer en position allongée, dans des conditions appropriées (selon la convention collective et l'article R. 4152-2 du Code du travail).

AMÉNAGEMENTS D'HORAIRE

À savoir ! Certaines conventions collectives prévoient des aménagements d'horaires pour les salariées enceintes (sortie anticipée sans réduction de salaire...).

★ Qu'est-ce qu'une convention collective ?

En droit du travail, on nomme "convention collective" un accord conclu entre des employeurs ou une organisation patronale et un ou plusieurs syndicats de salariés. En tant que salarié, vous dépendez d'une convention collective. Votre contrat de travail doit s'y référer. Ce document détermine vos conditions de travail, les obligations de votre employeur, les avantages accordés (la grille des salaires, le préavis en cas de rupture du contrat de travail, la mutuelle, le calcul des indemnités en cas de rupture...).

Un exemplaire de la convention collective applicable dans votre entreprise doit être disponible dans celle-ci, en principe auprès de la Direction des Ressources Humaines. Vous pouvez également la trouver sur internet sur le site du ministère du Travail (<<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/identification-des-conventions.675>>)

ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL

Si vous travaillez de nuit ou que vous êtes exposée à certains risques (benzène, virus de la rubéole ou de la toxoplasmose, produits antiparasitaires...), votre employeur devra vous affecter soit sur un poste de jour (dans le premier cas), soit sur un autre poste (dans le second cas) lorsque :

- vous en faites la demande ;
- le médecin du travail constate par écrit que votre poste est incompatible avec votre état de grossesse.

En cas d'impossibilité de reclassement, votre employeur vous précise, ainsi qu'au médecin du travail les motifs.

Dans une telle situation, vous bénéficiez jusqu'à votre congé maternité d'une garantie de rémunération qui se compose :

- d'une allocation journalière de maternité versée par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ; les conditions pour en bénéficier et le calcul du montant de l'indemnité (50% du salaire) sont les mêmes qu'en cas d'arrêt de travail pour maladie ;
- d'un complément de rémunération à la charge de votre employeur.

★ **Vos contacts** : votre employeur, vos DP, le médecin du travail

Protection contre le licenciement

Sauf cas particulier (faute grave, motif économique, force majeure, rupture pendant la période d'essai, terme du CDD...), vous bénéficiez d'une protection contre le licenciement.

À savoir ! Si vous êtes licenciée alors que votre employeur ignore votre grossesse, vous avez la possibilité de faire annuler le licenciement pendant 15 jours à compter de la notification du licenciement. Pour cela, vous devrez lui envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, un certificat médical justifiant que vous êtes enceinte.

★ **Votre contact** : vos DP

Possibilité de démissionner sans préavis

Pendant la grossesse et jusqu'à l'accouchement, vous pouvez démissionner sans préavis et sans avoir à payer une indemnité de rupture. Ainsi, vous pouvez démissionner du jour au lendemain sans que l'employeur ne puisse s'y opposer, exiger quoi que ce soit ou prendre une mesure contre vous. Il vous suffit d'informer votre employeur par lettre recommandée avec accusé de réception.

★ **Vos contacts** : votre employeur et vos DP





Vous êtes en congé maternité

DROITS RELATIFS À VOTRE RÉMUNÉRATION

Lorsque vous êtes en congé maternité, votre employeur ne vous rémunère plus. C'est donc l'Assurance maladie qui prend le relais, en vous versant (sous réserve de remplir certaines conditions) des indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS). Dans la majorité des cas (cela dépend des conventions collectives), ces IJSS sont complétées par votre employeur jusqu'à hauteur de votre salaire habituel afin de ne subir aucune perte de salaire.

Indemnités journalières de Sécurité sociale pour perte de salaire

LES BÉNÉFICIAIRES DES INDEMNITES JOURNALIERES DE SÉCURITE SOCIALE (IJSS)

Ces indemnités compensent la perte de salaire occasionnée par votre congé maternité.

Pour en bénéficier durant votre congé maternité, vous devez à la fois :

- être **salariée**,
- être **immatriculée** en tant qu'**assurée sociale depuis au moins 10 mois** à la date prévue de votre accouchement,

- ET :
 - **avoir cotisé** sur la base d'un salaire au moins égal à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire, au cours des 6 mois civils précédant la date du début de la grossesse ou du début du congé prénatal,
 - OU **avoir travaillé** au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail, à la date du début de la grossesse ou du début du congé prénatal.

À savoir ! Ces indemnités journalières ne sont pas cumulables avec les indemnités ou allocations suivantes :

- les indemnités journalières versées pendant un arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle ;
- l'allocation parentale d'éducation (APE) à temps plein ou à temps partiel ;
- l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;
- les allocations versées par Pôle emploi.

LE MONTANT DES IJSS

Le montant des indemnités journalières est calculé sur la moyenne des salaires des **trois mois qui précèdent votre congé maternité** (dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, soit 3 086,00 euros au 1^{er} janvier 2013). Elles correspondent à environ 90% de votre salaire.

Vous n'avez aucune démarche particulière à effectuer pour en bénéficier : c'est votre employeur qui fait parvenir à votre CPAM une attestation de salaire dès le début de votre congé maternité.

Les indemnités vous sont versées pendant toute la durée de ce congé :

- soit directement par votre CPAM, tous les 14 jours,
- soit par votre employeur ; dans ce cas, appelé subrogation, l'employeur reçoit les indemnités de la CPAM, qu'il vous reverse ensuite avec le complément de salaire éventuel : vous recevez alors un salaire complet.

À savoir ! Dans les deux cas, ces indemnités sont **soumises à l'impôt sur le revenu**.

Pensez-y ! Rendez vous sur www.ameli.fr et estimez le montant de vos indemnités journalières grâce au simulateur.

LA DURÉE DE VERSEMENT DES IJSS

La durée du congé maternité et donc du versement des indemnités journalières varie selon :

- le nombre d'enfants que vous attendez ;
- le nombre d'enfants déjà à votre charge.



nombre d'enfants attendus	nombre d'enfants déjà à la charge permanente et effective de l'assuré ou du ménage, ou nés viables	durée totale du congé maternité	dont avant l'accouchement	dont après l'accouchement
un enfant	0 ou 1	16 semaines	6 semaines	10 semaines
un enfant	2 ou plus	26 semaines	8 semaines	18 semaines
des jumeaux		34 semaines	12 semaines	22 semaines
trois enfants ou plus		46 semaines	24 semaines	22 semaines

À savoir ! Vous n'êtes pas obligée de prendre la totalité de votre congé de maternité. Toutefois, vous devez cesser tout travail pendant au moins 8 semaines (dont 6 semaines après l'accouchement) pour être indemnisée au titre de l'Assurance maternité.

Cas particuliers

• Accouchement prématuré

La durée du congé maternité reste inchangée mais vous pouvez bénéficier d'un congé supplémentaire après l'accouchement. Pendant cette période, vous percevrez des indemnités journalières.

• Accouchement tardif

Le congé est prolongé d'autant et vous percevez des indemnités journalières pendant cette période.

• Congé pathologique

Avant votre congé maternité, vous pouvez bénéficier de deux semaines supplémentaires en cas d'état pathologique dû à la grossesse. Cette période est également indemnisée au titre de l'Assurance maternité.

• Enfant hospitalisé après accouchement

Dans une telle situation, vous avez la possibilité de reporter tout ou partie de votre congé postnatal à la date de la fin d'hospitalisation de votre enfant.

• Report de congé prénatal sur le congé postnatal

Vous avez la possibilité d'effectuer un tel report dans la limite de 3 semaines, avec l'accord de votre médecin. Pour cela, vous devez adresser à votre CPAM le certificat médical avant le début de ce congé.

★ **Votre contact** : votre CPAM

Complément de salaire par l'employeur

De nombreuses conventions collectives prévoient le maintien intégral de la rémunération mensuelle durant le congé de maternité. En plus des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie, vous percevrez alors un complément de salaire de la part de votre employeur, de façon à ne subir aucune perte de salaire. Vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

★ **Votre contact** : votre employeur

DROITS RELATIFS À VOS REMBOURSEMENTS

Prise en charge du séjour en maternité / accouchement

LES FRAIS D'ACCOUCHEMENT ET DE SÉJOUR

Les frais liés à votre accouchement et à votre hospitalisation sont en grande partie pris en charge par l'Assurance maladie. Ils correspondent :

- aux actes médicaux liés à l'accouchement ;
- aux visites de suivi et de surveillance de la mère et de l'enfant réalisées jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance.

Leur montant dépend de l'établissement dans lequel vous accouchez.

À l'hôpital ou en clinique conventionnée

Les frais de séjour et d'accouchement sont remboursés directement à l'établissement par votre CPAM dans la **limite de 12 jours d'hospitalisation**.

Aucune participation aux frais ne vous sera demandée sauf :

- s'il s'agit de frais pour convenance personnelle (chambre particulière, télévision...),
- en cas de dépassement d'honoraires.

Clinique non conventionnée

Les frais d'accouchement sont remboursés à hauteur des tarifs de base de l'Assurance maladie mais vous devrez faire l'avance des frais et les dépassements d'honoraires des médecins ne seront pas remboursés.

Les frais de séjour ne sont pas remboursés, sauf cas d'urgence.

À savoir ! Ces cliniques appliquent des tarifs plus élevés que ceux en vigueur.

Pensez-y ! Adressez-vous à votre CPAM pour connaître la liste des établissements conventionnés.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET FRAIS POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Selon votre contrat, ces frais peuvent éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé. Pensez à en faire la demande.

★ **Vos contacts** : votre CPAM et votre complémentaire santé



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.

Situation

Vous reprenez le travail



VOS DROITS À VOTRE RETOUR DANS L'ENTREPRISE

Visite médicale de reprise

Cette visite, obligatoire pour toute absence de plus de trois semaines, doit s'effectuer dans les 8 jours de votre reprise. Une adaptation des conditions de travail et/ou une réadaptation peuvent être prescrites. C'est votre employeur qui se chargera de vous prendre le rendez-vous auprès du médecin du travail. Vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

★ **Vos contacts** : votre employeur et votre médecin du travail

Entretien d'orientation

À l'issue de votre congé de maternité, vous avez droit à un entretien avec votre employeur. En général, il faut de 1 à 3 mois pour bien se repositionner dans son emploi après un congé maternité. C'est pourquoi, votre employeur peut vous proposer un entretien d'orientation professionnelle afin d'envisager un bilan de compétences, quelques séances de coaching ou une formation pour vous réadapter. Vous pouvez aussi demander cet entretien.

★ **Votre contact** : votre employeur

Réintégration dans votre poste de travail

À l'issue du congé, vous retrouvez votre précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

Si l'employeur refusait de vous réintégrer, cela serait assimilé à un licenciement avec droits aux indemnités et vous pourriez alors bénéficier de dommages et intérêts.

★ **Votre contact** : votre employeur

Rattrapage salarial

À votre retour de congé, il appartient à l'employeur de faire le point pour savoir si des augmentations de rémunération ont été décidées ou versées pendant votre absence. Si tel est le cas, vous devez bénéficier d'un **rattrapage salarial**. Vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

★ **Votre contact** : votre employeur

Aménagement des conditions de travail en cas d'allaitement

Pendant une année à compter du jour de la naissance de votre enfant, vous disposez **d'une heure par jour pour l'allaiter** durant les heures de travail, dans ou en dehors de l'établissement.

À savoir ! Dans les établissements de plus de 100 salariés, l'employeur doit installer, dans son établissement ou à proximité, des locaux dédiés à l'allaitement.

Cas particuliers ! Certaines conventions collectives peuvent prévoir des mesures supplémentaires. Par exemple, une femme allaitant son enfant peut obtenir une prolongation de son congé pour allaitement. Autre exemple : une femme allaitant exposée à certains risques ou travaillant de nuit peut être affectée à d'autres tâches ou son contrat de travail peut être suspendu.

★ **Votre contact** : votre employeur

Droit à la formation

Pendant votre congé maternité, vous continuez à accumuler des droits à la formation comme si vous travailliez (notamment les heures de Droit individuel à la formation - DIF...)

À votre retour, vous pouvez bénéficier d'une période de formation, que ce soit pour vous adapter aux changements de techniques et méthodes de travail ou pour acquérir de nouvelles compétences.

★ **Votre contact** : votre employeur



Votre famille au fil du temps

Vous accueillez votre/vos enfant(s)	p.13
Vous élevez votre/vos enfant(s)	p.19
Vous organisez la garde de votre/vos enfant(s)	p.23
Vous faites face à la maladie / au handicap d'un proche	p.29
Vous êtes confronté(e) à un changement de situation personnelle : séparation, divorce ou décès	p.35



MUTEX

L'ALLIANCE MUTUALISTE

DÉDIÉE AUX BRANCHES PROFESSIONNELLES
ET AUX GRANDES ENTREPRISES

PRÉVOYANCE • AUTONOMIE • SANTÉ • RETRAITE

Mutex, l'alliance des principales mutuelles interprofessionnelles et de l'UNPMF, est à vos côtés pour constituer votre protection sociale collective complémentaire.

MUTEX
L'HUMAIN FAIT LA FORCE

www.mutex.fr • contactez-nous : collectif@mutex.fr



**Harmonie
mutuelle**
En harmonie avec votre santé





VOS DÉMARCHES EN CAS DE NAISSANCE

DÉCLARER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT À LA MAIRIE DU LIEU DE NAISSANCE

La déclaration de naissance est obligatoire pour tout enfant. Elle doit être réalisée à la mairie du lieu de naissance, dans les 3 jours qui suivent l'accouchement (hors jour de naissance).

La naissance est déclarée par le père, ou à défaut, par le médecin, la sage-femme ou toute autre personne qui aura assisté à l'accouchement.

Les pièces à fournir :

- le certificat établi par le médecin ou la sage-femme,
- le livret de famille, si le(s) parent(s) en possède(nt) déjà,
- la déclaration de choix du nom (facultatif),
- l'acte de reconnaissance, si celui-ci a été établi avant la naissance.

À savoir ! Vous pouvez vous procurer ces deux derniers formulaires directement à la Mairie, auprès du service de l'État civil.

Important ! Si les parents ne sont pas mariés, la maternité sera reconnue automatiquement car le nom de la mère est indiqué dans l'acte de naissance. Par contre, le père devra rédiger une déclaration de reconnaissance pour que sa filiation soit établie. Cette démarche peut s'effectuer avant ou après la naissance.

DÉCLARER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

L'arrivée d'un enfant doit être déclarée pour que vous puissiez bénéficier du remboursement des soins le concernant. L'enfant peut-être rattaché à l'un ou l'autre parent assuré social ou aux deux.

Il faut adresser à votre CPAM :

- une photocopie du livret de famille (à jour) ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant,
- le formulaire n° S 3705 « Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés » (disponible sur www.ameli.fr).

Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour.

DÉCLARER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Pensez à adresser à votre complémentaire santé, une photocopie du livret de famille (à jour) ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant, afin de pouvoir bénéficier du complément du remboursement des soins le concernant.

DÉCLARER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

Si vous êtes déjà allocataire

Vous n'avez aucune démarche à faire, la déclaration ayant été faite au début de votre grossesse (voir « Vous êtes enceinte »).

Si vous n'êtes pas allocataire

Vous devez compléter un formulaire de déclaration de situation et une déclaration de ressources (documents téléchargeables sur le site de la CAF ou à demander sur place).

VOS DÉMARCHES EN CAS D'ADOPTION

DÉCLARER L'ADOPTION DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

La démarche est similaire à la déclaration de naissance (voir plus haut).

Seule différence : l'extrait d'acte d'adoption remplace l'acte de naissance.

DÉCLARER L'ADOPTION DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La démarche est similaire à la déclaration en cas de naissance.



DÉCLARER L'ADOPTION DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

La démarche est similaire à la déclaration de naissance. Vous devez adresser à votre CAF les justificatifs concernant l'adoption ou l'accueil en vue d'adoption de l'enfant, c'est-à-dire la copie du jugement d'adoption ou une attestation du service d'Aide Sociale à l'Enfance.

À savoir ! Vous n'avez aucune démarche spécifique à effectuer auprès de la mairie.

DROITS SUITE À UNE NAISSANCE

Congé de naissance (pour le père)

Vous avez droit à un congé de naissance de 3 jours, quel que soit le nombre d'enfants nés et sans condition d'ancienneté dans votre entreprise.

Ces 3 jours ouvrables peuvent être pris consécutivement ou séparément, sous réserve de l'accord de votre employeur.

À savoir ! Vous n'êtes pas obligé de prendre ce congé le jour de la naissance mais à une date proche de l'événement, fixée en accord avec votre employeur.

VOS DÉMARCHES

Vous devez remettre à votre employeur un document attestant de la naissance de votre/vos enfant(s). Votre employeur ne peut pas vous refuser ce congé.

Attention ! Si vous n'êtes pas marié avec la mère de l'enfant, vous pouvez quand même bénéficier de ce congé, si vous avez reconnu votre/vos enfant(s) et que vous vivez en concubinage avec sa mère.

VOTRE RÉMUNÉRATION

Ces trois jours de congés sont payés normalement, comme s'ils avaient été travaillés.

★ **Votre contact :** votre employeur

Congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Vous bénéficiez d'un congé spécifique, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, plus ou moins long selon le nombre d'enfants à naître. Sa durée sera au maximum de :

- 11 jours consécutifs (samedi, dimanche et jours fériés compris) pour un enfant,
- 18 jours consécutifs pour une naissance multiple.

Ce congé est ouvert au père salarié ou à la personne salariée vivant avec la mère.

À savoir ! Ce congé peut durer moins longtemps si vous le souhaitez. Il n'est pas fractionnable. Il est par contre cumulable avec le congé légal de naissance de 3 jours.

Il peut débuter immédiatement **après les trois jours** du congé légal de naissance ou à un autre moment, mais obligatoirement **dans les 4 mois** qui suivent la naissance de l'enfant.

Cas particuliers

• Hospitalisation de votre enfant à sa naissance

Vous pouvez demander le report du congé paternité à la fin de l'hospitalisation.

• Décès de la mère

Vous pouvez bénéficier de son congé maternité postnatal puis demander à bénéficier de votre congé paternité à la suite.

• Enfant mort-né

Vous pouvez bénéficier du congé paternité sous réserve de fournir à votre CPAM la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable.

VOS DÉMARCHES

Vous devez avertir votre employeur, par écrit ou par oral, au moins un mois avant le début du congé, et préciser la date à laquelle vous souhaitez y mettre fin.

À noter ! Votre employeur peut exiger d'être informé par lettre recommandée avec accusé de réception.

VOTRE RÉMUNÉRATION

Lorsque vous êtes en congé de paternité, votre employeur ne vous rémunère plus, votre contrat de travail étant suspendu. C'est donc l'Assurance maladie qui prend le relais, en vous versant (sous réserve de remplir certaines conditions) des indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS). Dans la majorité des cas (cela dépend de la convention collective de votre entreprise), ces indemnités journalières sont complétées par votre employeur jusqu'à hauteur de votre salaire habituel, afin que vous ne subissiez aucune perte de salaire.

Indemnités journalières de Sécurité sociale pour perte de salaire

Conditions pour bénéficier des IJSS

Vous devez être assuré au régime général au titre d'une activité salariée ou d'un maintien de droit (ex : chômeur indemnisé) et remplir les conditions suivantes :

- justifier de 10 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social à la date de début du congé de paternité,
- et soit avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant la date de début de votre congé, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant le début de votre congé.

Montant des IJSS

Le montant des IJSS est calculé sur la moyenne de vos salaires des 3 mois précédant votre congé paternité (dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, soit 3 086 € au 1^{er} janvier 2013).

Elles correspondent environ à 90% de votre salaire.

Modalités de versement

Ces indemnités vous sont versées pendant tout votre congé paternité :

- soit directement par votre CPAM, tous les 14 jours,
- soit par votre employeur ; dans ce cas, appelé subrogation, l'employeur reçoit les indemnités de la CPAM, qu'il vous reverse ensuite avec le complément de salaire éventuel : vous recevez alors un salaire complet.

Démarches à effectuer

Vous devez fournir à votre CPAM l'un des documents suivants :

- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ;
- une copie du livret de famille mis à jour ;
- une copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant (le cas échéant) ;
- si l'enfant est mort-né, une copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable.

À savoir !

Les IJSS sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Elles ne sont pas cumulables avec les indemnités ou allocations suivantes :

- les indemnités journalières versées pendant un arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle,
- l'Allocation Parentale d'Éducation (APE) à temps plein ou à temps partiel,
- l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP),
- les allocations versées par Pôle Emploi.

Complément de salaire par l'employeur

La convention collective de votre entreprise peut prévoir le versement d'un complément de rémunération permettant le maintien intégral du salaire. Renseignez-vous auprès du Comité d'Entreprise (CE), des délégués du personnel ou du service des Ressources Humaines de votre entreprise.

★ **Vos contacts** : votre employeur, vos DP, votre CPAM

Prime à la naissance (prestation de la PAJE)

★ La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

La PAJE a pour objectif d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle. Elle comprend :

- une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- une allocation de base ;
- un complément de libre choix d'activité ;
- un complément de libre choix du mode de garde.

La prime à la naissance permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée d'un enfant.

Elle est versée en une seule fois au 7^{ème} mois de grossesse, qui correspond à une période de dépenses importantes pour la famille : investissement ou aménagement de la chambre de l'enfant, achat de meubles, matériel de puériculture, vêtements ...

Son montant pour 2013 (jusqu'au 31 mars) est de 912,12 €.

Elle est attribuée pour chaque enfant né ou à naître au couple ou au parent isolé dont les ressources ne dépassent pas le plafond suivant :

Les limites des ressources par situation (revenus 2011)		
Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couples avec un seul revenu	Parents isolés ou couples avec 2 revenus
1 enfant	34 819 €	46 014 €
2 enfants	41 783 €	52 978 €
3 enfants	50 140 €	61 335 €
par enfant en plus	8 357 €	8 357 €

À savoir ! Pour déterminer si vous avez droit à cette aide en 2013, ce sont vos revenus 2011 qui sont pris en compte.

VOS DÉMARCHES

Si vous êtes allocataire CAF, vous devez établir une déclaration de situation en ligne, sachant que vous avez déjà envoyé votre déclaration de grossesse dans les 14 premières semaines (voir « Vous êtes enceinte »).

Si vous n'êtes pas encore allocataire CAF, vous devez établir une déclaration de situation (formulaire Cerfa n°11423*05) ainsi qu'une déclaration de ressources (formulaire Cerfa n°10397*14), sachant que vous avez déjà envoyé votre déclaration de grossesse dans les 14 premières semaines

★ **Votre contact** : votre CAF





DROITS SUITE À UNE ADOPTION

Congé légal de 3 jours

Il s'agit du congé légal de 3 jours dit « congé de naissance ». Il s'applique également en cas d'adoption dans les mêmes conditions (**voir précédemment**).

★ **Votre contact** : votre employeur

Congé d'adoption

Vous ou votre conjoint, ou tous les deux simultanément, pouvez bénéficier d'un congé d'adoption, quelle que soit votre ancienneté dans l'entreprise.

La durée du congé d'adoption varie selon le nombre d'enfants que vous adoptez et selon le nombre d'enfants à votre charge.

Il est de :

- 10 semaines si l'arrivée de l'enfant fait passer à 1 ou 2 enfants le nombre d'enfants à votre charge ;
- 18 semaines si l'arrivée de l'enfant fait passer à 3 ou plus le nombre d'enfants à votre charge ;
- 22 semaines en cas d'adoption multiple (et ce quelque soit le nombre d'enfants à votre charge).

Il peut débuter soit :

- au jour de l'arrivée de l'enfant au foyer,
- 7 jours avant la date prévue d'arrivée de l'enfant au foyer.

Il peut être cumulé avec le congé légal de 3 jours rémunéré par l'employeur (**voir plus haut**), que ces trois jours soient pris par la mère adoptive ou le père adoptif.

À savoir ! Lorsque le congé est partagé entre les deux parents, il est plus long.

Vous bénéficiez ainsi de :

- 11 jours supplémentaires pour l'adoption d'un enfant,
- 18 jours supplémentaires en cas d'adoption multiple.

Important ! S'il est partagé, le congé d'adoption doit être réparti en deux périodes de temps dont la plus courte doit être d'au moins 11 jours.

Les deux périodes peuvent être prise en même temps ou consécutivement.

Cas particulier : l'adoption hors métropole

Si dans le cadre de l'adoption de votre enfant, vous êtes amené(e) à vous rendre dans les Départements d'Outre-mer (DOM), les Territoires d'Outre-mer (TOM) ou à l'étranger, votre congé d'adoption ne prendra effet qu'à partir de votre retour en France avec l'enfant.

Pendant tout le temps de votre déplacement, vous devrez prendre un congé non rémunéré. La durée de ce congé est de 6 semaines maximum, à préciser à l'avance.

VOS DÉMARCHES

Vous devez avertir votre employeur, par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre récépissé, de :

- la date du début du congé en indiquant le motif de l'absence,
- la date à laquelle vous prévoyez de reprendre le travail.

VOTRE RÉMUNÉRATION

Lorsque vous êtes en congé d'adoption, votre employeur ne vous rémunère plus directement. C'est donc l'Assurance maladie qui prend le relais, en vous versant (sous réserve de remplir certaines conditions) des indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS). Dans la majorité des cas (cela dépend de la convention collective de votre entreprise), ces indemnités journalières sont complétées par votre employeur jusqu'à hauteur de votre salaire habituel afin que vous ne subissiez aucune perte de salaire.

Indemnités journalières de Sécurité sociale pour perte de salaire

Conditions pour bénéficier des IJSS

Vous devez, à la date d'arrivée de votre enfant, être salarié et remplir les conditions suivantes :

- être immatriculé(e) en tant qu'assuré(e) social(e) depuis au moins 10 mois,
- et soit avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois ou des 90 jours précédant l'arrivée de l'enfant adopté, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des 6 mois précédant l'arrivée de votre enfant.

Si vous ne remplissez pas ces conditions, votre congé ne sera pas indemnisé par la Sécurité sociale.

★ Quelle est la date d'arrivée officielle de votre enfant ?

Vous adoptez en France : cette date est indiquée sur l'attestation de placement ou l'attestation de mise en relation remise par les services départementaux de l'adoption, sur laquelle apparaît le début de la période d'adaptation.

Vous adoptez à l'étranger : la date du visa accordé par le Service de l'Adoption Internationale (SAI) équivaut à la date de placement de l'enfant.

Montant des IJSS

Le montant des IJSS est calculé sur la moyenne de vos salaires des 3 mois précédant votre congé (dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, soit 3 086 euros au 1^{er} janvier 2013).

Le montant maximum (au 1^{er} janvier 2013) de l'indemnité journalière versée pendant le congé d'adoption est de :

- 79,82 euros en Alsace-Moselle ;
- 81,49 euros pour les autres départements.

À savoir ! Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Modalités de versement

Elles vous sont versées pendant toute la durée de votre congé d'adoption :

- soit directement par votre CPAM, tous les 14 jours,
- soit par votre employeur ; dans ce cas, appelé subrogation, l'employeur reçoit les indemnités de la CPAM, qu'il vous reverse ensuite avec le complément de salaire éventuel : vous recevez alors un salaire complet.

Démarches à effectuer

Vous devez constituer un dossier auprès de votre CPAM

et lui fournir :

- **si vous adoptez un enfant en France** : une attestation de mise en relation des services départementaux de l'adoption indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement ;
- **si vous adoptez un enfant à l'étranger** : une photocopie du passeport de l'enfant ou tout autre document officiel sur lequel figure le visa accordé par le Service de l'adoption internationale (SAI). Sachez que la date du visa équivaut à la date de placement de l'enfant.

À savoir ! Vous ne pourrez pas percevoir d'indemnités journalières tant que le Service de l'Adoption Internationale n'aura pas accordé son visa à l'enfant.

Complément de salaire par l'employeur

Si la convention collective de votre entreprise prévoit un complément de salaire en faveur des salariées en congé de maternité, cet avantage s'appliquera aussi de plein droit aux salariés en congé d'adoption.

PROTECTION CONTRE LE LICENCIEMENT

Pendant ce congé, vous bénéficiez de la même protection contre le licenciement que celle prévue en cas de congé maternité (voir « Vous êtes en congé maternité »).

À savoir ! Si vous êtes licencié(e) mais que votre employeur n'avait pas connaissance de l'adoption, vous avez la possibilité de faire annuler votre licenciement pendant un délai de 15 jours à compter de la notification du licenciement, en lui envoyant, par lettre recommandée avec accusé de réception, une attestation justifiant de l'arrivée dans votre foyer d'un enfant placé en vue de son adoption.

RATTRAPAGE SALARIAL

À votre retour de congé d'adoption, votre employeur doit faire le point pour savoir si des augmentations de rémunération ont été décidées ou versées pendant votre absence. Si tel est le cas, vous devez bénéficier d'un rattrapage salarial. Pendant toute sa durée, vous continuez à cumuler de l'ancienneté, des congés payés et des droits individuels à la formation comme si vous continuiez à travailler. Vos jours d'absence ne sont pas décomptés pour le calcul de ces droits.

RÉINTÉGRATION DANS VOTRE POSTE DE TRAVAIL

À l'issue du congé, **vous retrouvez votre précédent emploi** ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

★ **Vos contacts** : votre employeur, vos DP, votre CPAM

Prime à l'adoption (prestation de la PAJE)

★ Rappel ! La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

La PAJE a pour objectif d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle. Elle comprend :

- une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- une allocation de base ;
- un complément de libre choix d'activité ;
- un complément de libre choix du mode de garde.

La prime à l'adoption permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée d'un enfant.

Elle est versée lors de l'arrivée de l'enfant au foyer des parents adoptants.

Son montant pour 2013 est de : 1 824,25 €. Elle est attribuée pour chaque enfant, adopté ou accueilli en vue d'adoption, au couple ou parent isolé dont les ressources ne dépassent pas le plafond suivant :

Les limites des ressources par situation (revenus 2011)		
Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couples avec un seul revenu	Parents isolés ou couples avec 2 revenus
1 enfant	34 819 €	46 068 €
2 enfants	41 783 €	52 978 €
3 enfants	50 140 €	61 335 €
par enfant en plus	8 357 €	8 357 €

À savoir ! Pour déterminer si vous avez droit à cette aide en 2013, ce sont vos revenus 2011 qui seront pris en compte.





VOS AIDES QUELS QUE SOIENT VOS REVENUS

Allocations familiales

Vous bénéficiez des allocations familiales (AF) si vous avez au moins 2 enfants à charge âgés de moins de 20 ans, quels que soient votre situation familiale et le montant de vos revenus.

★ Qu'est-ce qu'un enfant à charge ?

Un enfant est considéré « à charge » dès qu'une personne assure financièrement son entretien (nourriture, logement, habillement) et qu'elle assume à son égard la responsabilité affective et éducative.

L'existence d'un lien de parenté entre l'enfant et cette personne n'est pas nécessaire. Il peut s'agir d'un enfant reconnu ou non, adopté ou recueilli, mais aussi d'un frère ou d'une sœur, d'une nièce ou d'un neveu.

L'enfant doit résider de façon permanente en France métropolitaine. Des dérogations sont prévues pour des séjours à l'étranger dont la durée totale n'excède pas 3 mois dans l'année ou, sous certaines conditions, pour des séjours plus longs si l'enfant poursuit des études ou doit recevoir des soins.

Un enfant est considéré « à charge » :

- jusqu'à 6 ans, sans aucune condition,
- de 6 à 16 ans, s'il remplit l'obligation scolaire,
- de 16 à 20 ans, si sa rémunération mensuelle n'excède un certain plafond ([voir site de la CAF](#)),
- de 20 à 21 ans, s'il remplit la condition précédente, ses parents continueront à percevoir le complément familial et les aides au logement jusqu'à son 21^{ème} anniversaire.

À savoir ! Les AF ne sont versées qu'à partir du 2^{ème} enfant à charge, à compter du mois suivant sa naissance ou son arrivée dans la famille. Le versement est interrompu dès qu'il ne reste plus qu'un seul ou aucun enfant à charge (à partir de la fin du mois précédant ce changement de situation).

Afin que l'interruption ne soit pas trop brutale, une allocation forfaitaire ([voir site de la CAF](#)) est versée pendant 1 an aux familles de 3 enfants ou plus dont l'ainé atteint son 20^{ème} anniversaire.

MONTANT DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Le montant mensuel varie selon le nombre d'enfants à charge.

Pour 2012 et jusqu'au 30 mars 2013, il est de :

- 127,05 €, pour 2 enfants ;
- 289,82 €, pour 3 enfants ;
- 452,59 €, pour 4 enfants ;
- 162,78 €, par enfant supplémentaire.

À savoir ! Vous pouvez obtenir un complément mensuel en fonction de l'âge de vos enfants.

Pour les enfants nés avant le 1^{er} mai 1997, vous percevrez :

- 35,74 € si l'enfant a entre 11 et 16 ans,
- 63,53 € à compter du 16^{ème} anniversaire de l'enfant.

Pour les enfants nés après le 30 avril 1997, vous percevrez :

- 63,53 € à compter des 14 ans de l'enfant.

VOS DÉMARCHES

Si vous êtes déjà allocataire CAF, vous devez déclarer la naissance de votre (vos) enfant(s) en envoyant une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance. Vos droits sont automatiquement ouverts, dès que la CAF a connaissance du second enfant à charge.

Si vous n'êtes pas encore allocataire CAF, vous devez établir une déclaration de situation (formulaire Cerfa n°11423*05) et fournir les pièces jointes demandées dans ce document.

★ **Votre contact :** votre CAF



VOS AIDES SOUS CONDITION DE RESSOURCES

Allocation de base (prestation de la PAJE)

★ Rappel ! La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

La PAJE a pour objectif d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle. Elle comprend :

- une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- une allocation de base ;
- un complément de libre choix d'activité ;
- un complément de libre choix du mode de garde.

L'allocation de base a pour but d'aider les familles aux ressources limitées à assurer les dépenses liées à l'entretien et à l'éducation des enfants.

Elle est versée de la naissance de l'enfant à son 3^{ème} anniversaire.

Pour 2012, et jusqu'au 31 mars 2013, son montant est de 182,43 € par mois.

À savoir ! Cette allocation est cumulable avec l'allocation de présence parentale et l'allocation de soutien familial, mais pas avec le complément familial ou l'allocation de base liée à un autre de vos enfants.

Elle est attribuée à chaque famille dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond, établi selon le revenu et le nombre d'enfants.

Plafonds de ressources pour l'obtention de l'allocation de base PAJE (revenus 2011)		
Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couples avec un seul revenu	Parents isolés ou couples avec 2 revenus
1 enfant	34 819 €	46 014 €
2 enfants	41 783 €	52 978 €
3 enfants	50 140 €	61 335 €
par enfant en plus	8 357 €	8 357 €

À savoir ! Pour déterminer si vous avez droit à cette aide en 2013, ce sont vos revenus 2011 qui seront pris en compte.

VOS DÉMARCHES

En cas de naissance, vous devez envoyer une copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant à votre CAF.

En cas d'adoption, vous n'avez aucune démarche à effectuer ; le versement se fait automatiquement.

★ **Votre contact :** votre CAF

Complément familial

Cette aide est un « coup de pouce » destiné aux familles qui ont la charge d'au moins 3 enfants âgés de 3 à 20 ans révolus et ayant des ressources modestes.

Pour 2013, son montant est de 163,71 € par mois.

Plafonds de ressources 2011 En vigueur du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2013		
Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couples avec un seul revenu	Parents isolés ou couples avec 2 revenus
3 enfants	36 599 €	44 772 €
4 enfants	50 872 €	50 872 €
par enfant en plus	6 100 €	6 100 €

Rappel ! Pour déterminer si vous avez droit à cette aide en 2013, ce sont vos revenus 2011 qui seront pris en compte.

À savoir ! Si vos ressources familiales dépassent légèrement le plafond ci-dessous, qui détermine le droit au complément familial, vous pourrez bénéficier d'**un complément familial réduit**.

VOS DÉMARCHES

Si vous recevez déjà des allocations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), vous n'avez aucune démarche particulière à effectuer. Pensez seulement à déclarer vos ressources chaque année, si elles n'ont pas été transmises directement par les services fiscaux.

★ **Votre contact :** votre CAF

Allocation rentrée scolaire (ARS)

Cette allocation a pour objectif d'aider les familles aux ressources limitées à assumer le coût de la rentrée scolaire pour leurs enfants de 6 à 18 ans. C'est la raison pour laquelle elle est versée fin août.

Cette allocation dépend de l'âge des enfants.

Pour la rentrée 2012, le montant était de :

- 287,84 € pour les enfants de 6 à 10 ans
- 303,68 € 11 à 14 ans
- 314,24 € 15 à 18 ans

Pour bénéficier de l'ARS en 2012, vos ressources de l'année 2010 ne devaient pas dépasser :

1 enfant	23 200 €
2 enfants	28 554 €
3 enfants	33 908 €
par enfant en plus	5 354 €

Rappel ! Pour déterminer si vous avez droit à cette aide en 2013, ce sont vos revenus 2011 qui seront pris en compte.

VOS DÉMARCHES

Si vous êtes déjà allocataire CAF

- Pour les enfants de 6 à 16 ans :
Vous n'avez aucune démarche à effectuer, l'allocation est versée automatiquement un peu avant la rentrée scolaire.
- Pour les enfants de 16 à 18 ans :
Vous devez envoyer un justificatif de scolarité ou d'apprentissage à votre CAF.

Si vous n'êtes pas allocataire CAF, vous devez établir une déclaration de situation ainsi qu'une déclaration de ressources.

★ **Votre contact :** votre CAF

ÉLEVER UN ENFANT PRIVÉ DE L'UN DE SES PARENTS

Allocation de soutien familial

L'allocation de soutien familial a pour but d'aider à élever un enfant privé de l'aide de l'un de ses deux parents, voire des deux.

Plusieurs situations sont possibles :

- le père ou la mère vit seul(e) et élève un ou plusieurs enfants,
- une personne a recueilli un enfant privé de l'aide des ses parents,
- l'enfant est orphelin de père ou de mère, ou son autre parent ne l'a pas reconnu,
- l'autre parent se soustrait à son obligation d'entretien,
- l'autre parent se soustrait au paiement d'une pension alimentaire ou de son obligation d'entretien.

Pour 2012, et jusqu'au 31 mars 2013, le montant de l'allocation de soutien familial est de :

- 89,34 € par mois pour un enfant privé de l'aide de l'un de ses deux parents,
- 119,11 € pour un enfant privé de l'aide des deux.

VOS DÉMARCHES

Pour en bénéficier, il vous faudra établir :

- une demande d'allocation (formulaire Cerfa n°12038*01),
- une déclaration de situation (formulaire Cerfa n°11423*05).

★ **Votre contact :** votre CAF



Focus

TPE

Quelles spécificités si vous élevez votre/vos enfants et que vous êtes salarié(e) d'une Très Petite Entreprise (moins de 10 salariés) ?

Vous bénéficiez exactement des mêmes droits et prestations que les autres salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise dans laquelle vous travaillez. En effet, seules les ressources et la composition de votre famille entrent en ligne de compte pour déterminer votre droit aux prestations.





Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.



Vous organisez la garde de votre/vos enfant(s)

DROITS RELATIFS À LA CONCILIATION TRAVAIL ET FAMILLE

Aménagement des conditions de travail

CHANGEMENT D'HORAIRE

Vous pouvez refuser une modification de la répartition de votre temps de travail ou un changement d'horaires, si cela porte une atteinte excessive au droit au respect de votre vie personnelle et familiale ou à votre droit au repos. Par exemple, votre employeur ne peut pas modifier vos horaires si vous élevez seul(e) votre enfant, que vous devez vous occuper d'un enfant malade ou d'une personne dépendante.

TRAVAIL DU DIMANCHE

Vous pouvez refuser de travailler le dimanche puisque ce type de contrat est basé sur le volontariat et que cela aurait pour conséquence de vous priver de votre droit au repos dominical.

TRAVAIL DE NUIT

Vous pouvez refuser le travail de nuit lorsqu'il est incompatible avec des obligations familiales impérieuses, notamment la garde d'un enfant ou la prise en charge d'une personne dépendante.

CLAUDE DE MOBILITÉ

Si votre contrat de travail contient une clause de mobilité, vous pouvez refuser une nouvelle affectation géographique lorsqu'il existe « une atteinte injustifiée ou disproportionnée à votre droit de mener une vie personnelle et familiale » (source : Code du travail, Convention européenne des droits de l'Homme, Charte des droits fondamentaux).

Par exemple, si vous avez des enfants scolarisés ou un parent dépendant, votre employeur ne peut pas exiger que vous alliez travailler dans une ville très éloignée, ce qui remettrait en cause toute votre organisation familiale.

DATES DE CONGÉS

Au moment de fixer l'ordre des départs en congés payés, votre employeur a l'obligation de tenir compte de votre situation de famille et notamment des possibilités de congés de votre conjoint ou partenaire de PACS.

Si vous travaillez dans la même entreprise que votre conjoint ou votre partenaire de PACS, vous avez le droit de bénéficier de congés payés simultanés.

★ **Votre contact** : vos DP

Complément de libre choix de Mode de Garde (CMG) (prestation de la PAJE)

★ Rappel !

La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)
La PAJE a pour objectif d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle. Elle comprend :

- une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- une allocation de base ;
- un complément de libre choix d'activité ;
- un complément de libre choix du mode de garde.

Il s'agit d'une aide financière pour les familles exerçant une activité professionnelle et faisant garder un enfant de moins de 6 ans soit par un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) ou une garde à domicile, soit par l'intermédiaire d'une association, d'une entreprise habilitée ou d'une microcrèche, au moins 16 heures par mois.

CALCULER LE MONTANT DE VOTRE AIDE

Le montant de l'allocation mensuelle varie selon les ressources, le nombre d'enfants et leur âge, ainsi que le mode de garde choisi.



1^{ère} étape : Selon le montant de vos revenus, vous vous trouvez dans l'une des trois situations ci-dessous :

	Situation n°1	Situation n°2	Situation n°3
Nombre d'enfants à charge	Plafonds des revenus (basé sur vos revenus 2011)		
	Inférieurs à	Ne dépassant	Supérieurs à
1 enfant	20 706 €	46 014 €	46 014 €
2 enfants	23 840 €	52 978 €	52 978 €
par enfant supplémentaire	3 761 €	8 357 €	8 357 €

2^{ème} étape : Vous avez choisi le mode de garde vos enfants

Option 1 : Vous employez directement une assistante maternelle ou une garde à domicile

La CAF prend en charge :

- une partie de son salaire dans la limite d'un plafond, variable en fonction des revenus de la famille, du nombre d'enfants et de leur âge (A),
- une partie ou la totalité des cotisations sociales dues pour l'emploi de cette personne (B).

Dans tous les cas, un minimum de 15% restera à votre charge.

Montant de la prise en charge (= A + B)				
Âge de l'enfant	(A) Rémunération de l'assistante maternelle ou de la garde à domicile			(B) Cotisations sociales
	Situation n°1	Situation n°2	Situation n°3	
Moins de 3 ans	452,75 €	285,49 €	171,27 €	Assistante maternelle : 100% Garde à domicile : 50% dans la limite de 434 € par mois
De 3 ans à 6 ans	226,38 €	142,77 €	85,63 €	Assistante maternelle : 100% Garde à domicile : 50% dans la limite de 217 euros par mois

Option 2 : Vous faites garder vos enfants par un organisme habilité (association, entreprise ou microcrèche)

La CAF prend en charge une partie de la participation que vous versez à la structure d'accueil, en fonction de vos revenus, du nombre d'enfants que vous avez et de leur âge.

Comme dans le cas d'un emploi direct à domicile, un minimum de 15% restera à votre charge.

Montant de la prise en charge (= X OU Y)						
Âge de l'enfant	(X) L'organisme emploie une assistante maternelle			(Y) L'organisme emploie une garde à domicile ou c'est une microcrèche		
	Situation n°1	Situation n°2	Situation n°3	Situation n°1	Situation n°2	Situation n°3
Moins de 3 ans	685,11 €	570,94 €	456,76 €	827,87 €	713,6 €	599,48 €
De 3 ans à 6 ans	342,26 €	285,47 €	228,39 €	413,94 €	356,83 €	299,75 €

LES BÉNÉFICIAIRES

Vous pouvez bénéficier de cette allocation dès lors que :

- Votre activité professionnelle vous procure un revenu mensuel minimum :
 - 399 € si vous vivez seul,
 - 798 € si vous vivez en couple.
- Selon le mode de garde choisi :
 - l'assistante maternelle que vous employez directement est agréée par le Conseil Général et son salaire brut ne dépasse pas 47,15 € par jour et enfant gardé (au 1^{er} janvier 2013),
 - ou votre enfant est gardé au moins 16 heures par mois dans l'association, l'entreprise ou la microcrèche choisie.

VOS DÉMARCHES

Si vous êtes déjà allocataire CAF, vous devez remplir le formulaire de demande Cerfa n°12323*02.

Vous pouvez faire la demande directement par Internet sur le site de la CAF.

Si vous n'êtes pas encore allocataire CAF, vous devez remplir le formulaire de demande Cerfa n°12323*02, établir une déclaration de situation (Cerfa n°11423*05), ainsi qu'une déclaration de ressources (Cerfa n°10397*14).

À savoir ! Le Centre Pajemploi vous immatriculera et vous enverra un carnet « Pajemploi » pour déclarer chaque mois la rémunération de votre salarié. Il adressera aussi au salarié une attestation d'emploi qui équivaut à un bulletin de salaire.

★ **Votre contact :** votre CAF

Le Chèque Emploi Service Universel (CESU)

Créé en 2006, suite à la loi relative au développement des services à la personne, le CESU est un moyen de rémunération simple et sécurisé qui permet à tout un chacun d'employer des salariés à son domicile sans avoir à subir toutes les obligations administratives et comptables d'un employeur. Il a pour avantage sa simplicité d'utilisation, ses possibilités de co-financement ainsi que des avantages sociaux et fiscaux qui lui sont associés.

Grâce à ce dispositif, vous pouvez en tant que particulier payer :

- les services à la personne effectués à votre domicile par un salarié ou un organisme agréé,
 - la garde de vos enfants à l'extérieur de votre domicile, par un assistant maternel ou une structure agréée (crèche, halte-garderie, jardin d'enfants).
- Il permet en effet de financer une multitude d'activités, telles que :
- entretien de la maison et travaux ménagers ;
 - garde d'enfant à domicile ;
 - soutien scolaire et cours à domicile ;
 - garde malade à l'exclusion des soins ;
 - préparation des repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
 - livraison de repas à domicile ;
 - collecte et livraison à domicile de linge repassé ;
 - livraison de courses à domicile.

Ce dispositif recouvre deux modalités : **le CESU déclaratif et le CESU préfinancé.**

Le CESU déclaratif est, pour le particulier qui emploie une personne à domicile, une façon de simplifier au maximum les formalités administratives pour déclarer la personne employée auprès de l'URSSAF. Il suffit d'adhérer au système directement en ligne sur le site cesu.urssaf.fr ou directement à l'URSSAF ou encore auprès de sa banque. Une simple déclaration à remplir et le Centre national du

CESU enregistre votre salarié(e), calcule les cotisations (patronales et salariales) puis les prélève automatiquement sur votre compte bancaire. Pas de bulletin de salaire à établir, pas de calcul des congés payés, le centre CESU s'en charge pour vous !

Le CESU préfinancé est un titre de paiement établi au nom de l'employeur et dont le montant est prédéfini (comme un ticket restaurant). Il permet de payer directement les heures travaillées. La personne peut les commander directement à sa banque, comme si elle commandait un chéquier. Elle peut également se les voir proposer par son employeur ou son comité d'entreprise qui en prennent une partie à leur charge (toujours comme un ticket restaurant).

VOS DÉMARCHES

Pour l'obtenir, vous pouvez soit le demander directement à votre banque, soit passer par votre employeur ou le comité d'entreprise pour qu'il soit co-financé.

Dans tous les cas, vous bénéficierez d'une réduction ou d'un crédit d'impôt de 50% des sommes engagées au titre des services à la personne.

★ **Votre contact :** le centre national du CESU (sur le site cesu.urssaf.fr), votre banque, votre CE





Site internet www.mon-enfant.fr

Ce site internet destiné aux parents rassemble des informations fiables et actualisées sur les modes d'accueil de leurs enfants et les aides auxquelles ils peuvent prétendre. Sur ce site, vous pourrez :

- découvrir les différents modes de garde existants : structures d'accueil de la petite enfance, assistants maternels, garde à domicile, accueils de loisirs...
- calculer le coût de la garde de votre enfant et le montant des aides financières qui vous sont accessibles,
- localiser les structures d'accueil proches de chez vous.

★ **Votre contact** : votre CAF

Relais assistantes maternelles (RAM)

Les Relais Assistantes Maternelles (RAM) sont des lieux d'information, de rencontre et d'échange destinés :

- aux parents ou futurs parents, qui peuvent y recevoir gratuitement des conseils et des informations sur les modes de garde d'enfants dans leur quartier et être mis en contact avec les assistantes maternelles installées à proximité,
- aux assistantes maternelles qui y trouvent un accompagnement et peuvent s'y rencontrer pour échanger leurs expériences.

Les Relais Assistantes Maternelles peuvent être gérés par une collectivité territoriale (commune, communauté de communes), un centre communal ou intercommunal d'action sociale, une association, une mutuelle, etc.

À savoir ! La liste des RAM est disponible sur le site internet www.mon-enfant.fr ou auprès de votre CAF.

★ **Votre contact** : votre CAF

DROIT PARTICULIER POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Aide à la Garde d'Enfants pour Parents Isolés (AGEPI)

Cette aide financière permet aux demandeurs d'emploi de financer la garde de leur jeune enfant lors de la reprise d'un emploi ou d'une formation.

Les bénéficiaires de cette aide sont les demandeurs d'emploi qui :

- élèvent seuls un enfant de moins de 10 ans ;
- retrouvent un emploi ou s'engagent à suivre une formation :
 - dans le cas d'un emploi : temps plein ou partiel, CDI ou CDD, contrat de 2 mois minimum ;
 - dans le cas d'une formation : durée d'au moins 40 heures ;
 - lorsque cette situation génère des coûts de garde d'enfants.

LE MONTANT DE L'AIDE

Il dépend du temps de travail ou de formation :

Nombre d'enfants	Durée de travail ou de formation	
	De 15 à 35 heures par semaine	Moins de 15 heures par semaine ou 64 heures par mois
1 enfant	400 €	170 €
2 enfants	+ 60 € par enfant supplémentaire dans la limite de 520 €	195 €
3 enfants et plus		220 €

VOS DÉMARCHES

Vous devez en faire la demande auprès de votre agence Pôle Emploi dans le mois qui suit la reprise d'activité ou l'entrée en formation.

À savoir ! L'aide ne peut être accordée qu'une seule fois pendant une période d'un an.

★ **Votre contact** : votre Pôle emploi

DROITS RELATIFS À LA CONCILIATION TRAVAIL ET FAMILLE EN CAS DE RÉDUCTION OU CESSATION DE VOTRE ACTIVITÉ

Congé parental d'éducation

Ce congé permet à tout salarié (père ou mère) :

- de cesser temporairement son activité,
- ou de travailler à temps partiel pour s'occuper de son enfant. Dans ce cas, il devra travailler un minimum de 16 heures par semaine.

LA DURÉE DU CONGÉ PARENTAL

La durée initiale du congé parental ne peut excéder 1 an. Elle peut ensuite être prolongée 2 fois pour prendre fin au plus tard au 3^{ème} anniversaire de l'enfant.

L'INDEMNISATION DU CONGÉ PARENTAL

Un **Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA)** ou un **Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité (COLCA)** peuvent vous être attribués pour compenser votre perte de salaire ([voir ci-après](#)).

LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU CONGÉ PARENTAL

Vous devez avoir 1 an d'ancienneté dans l'entreprise à la date de la naissance ou de l'arrivée au foyer (en cas d'adoption) de votre enfant.

Vous pouvez alors prendre votre congé parental :

- en cas de naissance : jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant,
- en cas d'adoption : si l'enfant a moins de 3 ans, jusqu'au 3^{ème} anniversaire de son arrivée au foyer ; si l'enfant a entre 3 et 16 ans, jusqu'au 1^{er} anniversaire de son arrivée au foyer.

VOS DÉMARCHES

Votre employeur ne peut vous refuser ce congé mais vous devez l'informer par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise en mains propres, en indiquant impérativement la date de début du congé et sa durée :

- au moins 1 mois avant le terme du congé maternité, si le congé parental le suit immédiatement,
- OU au moins 2 mois avant le début du congé parental, s'il y a eu reprise du travail entre les deux.

VOS DROITS À L'ISSUE DU CONGÉ

Vous retrouvez votre emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Vous avez droit à un entretien avec son employeur par rapport à votre orientation professionnelle et à une action de formation professionnelle.

★ **Vos contacts** : votre employeur, vos DP

Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) (prestation de la PAJE)

Vous décidez de modifier votre activité professionnelle pour vous occuper de votre enfant de moins de 3 ans. Vous pouvez alors recevoir une aide financière, attribuée sous forme de forfait :

- à taux plein si vous cessez votre activité professionnelle,
- à taux réduit si vous réduisez votre activité professionnelle.

LA DURÉE DE VERSEMENT

Nombre d'enfants dans la famille	Durée du versement
1 ^{er} enfant	6 mois
2 enfants ou plus	3 ans
Naissances multiples (au moins 3 enfants)	6 ans

LE MONTANT DE L'AIDE

En cas d'arrêt partiel d'activité, et que vous ne percevez pas l'allocation de base :

- si la durée de votre travail est inférieure ou égale 50%, vous recevrez 430,40 € par mois.
- si la durée de votre travail est comprise entre 50 et 80%, vous recevrez 325,47 € par mois.

En cas d'arrêt partiel d'activité, et que vous percevez l'allocation de base :

- si la durée de votre travail est inférieure ou égale à 50%, vous recevrez 247,98 € par mois.
- si la durée de votre travail est comprise entre 50 et 80%, vous recevrez 143,05 € par mois.

En cas de cessation totale d'activité, et que vous ne percevez pas l'allocation de base : vous recevrez 566,01 € par mois.

En cas de cessation totale d'activité, et que vous percevez l'allocation de base : vous recevrez 383,59 € par mois.

Attention ! Le Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) n'est pas cumulable avec le Complément de libre choix du Mode de Garde (CMG).

Ces montants sont valables jusqu'au 31 mars 2013. Pour la revalorisation, voir le site de la CNAF.

LES CONDITIONS POUR EN BÉNÉFICIER

Versée dès le 1^{er} enfant et sans plafond de ressources, cette aide varie selon le nombre d'enfants à charge et votre activité professionnelle passée.

Ainsi, vous devrez :

- avec 1 enfant : avoir travaillé 2 ans sur les 5 ans qui précèdent la naissance ;
- avec 2 enfants : avoir travaillé 2 ans sur les 4 ans qui précèdent la naissance ;
- avec 3 enfants ou plus : avoir travaillé 2 ans sur les 5 ans qui précèdent la naissance.

VOS DÉMARCHES

Vous devez remettre le formulaire Cerfa n°12324*03 à votre Caisse d'Allocations Familiales.

Attention ! Le choix entre le Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) et le Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité (COLCA) est définitif. Une fois que vous avez choisi l'un de ces dispositifs, vous ne pourrez plus renoncer à l'un pour bénéficier de l'autre.

À savoir !

Le CLCA n'est pas cumulable avec le complément familial. **Le CLCA à taux plein peut être cumulé** – pendant 2 mois – avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du bénéficiaire alors que l'enfant a au moins 18 mois et





pas encore 30 mois. Cette possibilité s'adresse uniquement aux parents ayant eu au moins 2 enfants.

Lorsque le CLCA est versé à un parent pour un seul enfant à charge, ce complément est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec :

- l'indemnisation des congés de maternité, paternité ou d'adoption ;
- l'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement ;
- l'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail.

Par contre, le CLCA à taux plein n'est pas cumulable avec :

- l'indemnisation des congés maternité, paternité ou d'adoption ;
- l'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité ;
- l'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;
- les indemnités versées aux travailleurs sans emploi ;
- un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension militaire.

★ **Votre contact :** votre CAF

Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité (COLCA) (prestation de la PAJE)

Ce dispositif permet aux parents d'au moins 3 enfants qui renoncent temporairement à leur activité professionnelle de s'occuper de leurs enfants.

LA DURÉE DE VERSEMENT

L'allocation est versée pendant 1 an.

LE MONTANT DE L'AIDE

Son montant est plus important que celui du Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) mais il est versé pendant une période plus courte : jusqu'au mois précédant le 1^{er} anniversaire de votre plus jeune enfant.

Pour 2012 et jusqu'au 31 mars 2013, son montant est de :

- 809,42 € si vous ne percevez pas l'allocation de base ;
- 626,99 € si vous percevez l'allocation de base.

VOS DÉMARCHES

Vous devez remettre le formulaire Cerfa n°12324*03 à votre Caisse d'Allocations Familiales.

Attention ! Le choix entre le Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité (COLCA) et le Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) est définitif. Une fois que vous avez choisi l'un de ces dispositifs, vous ne pouvez plus y renoncer pour bénéficier à l'autre.

★ **Votre contact :** votre CAF



Focus

TPE

Quelles spécificités si vous voulez organiser la garde de vos enfants et que vous êtes salarié(e) d'une Très Petite Entreprise (moins de 10 salariés) ?

Concilier sa vie professionnelle et familiale est souvent difficile dans une Très Petite Entreprise car les horaires variables y sont rarement pratiqués et que, les équipes étant réduites, l'organisation du travail est moins souple.

Les Très Petites Entreprises appliquent néanmoins le Code du travail et celui de la Sécurité sociale, ce qui vous garantit l'accès à toutes les prestations de base. Par contre, il est possible que vous ne puissiez pas bénéficier de certains droits et avantages (jours enfant malade, temps partiel choisi, CESU, crèches d'entreprise...) prévus dans les conventions collectives ou négociés lors d'accords spécifiques dans les grandes entreprises.

Pensez à vous renseigner auprès de votre employeur, votre UD, votre administrateur CAF.



Vous faites face à la maladie / au handicap d'un proche

Congé pour enfant malade

En cas de maladie ou d'accident (constaté par certificat médical) d'un enfant de moins de 16 ans dont vous avez la charge, vous pourrez bénéficier de ce congé.

LA DURÉE DU CONGÉ

Sa durée est de :

- 3 jours par an en général,
- 5 jours par an si l'enfant est âgé de moins de 1 an ou que vous avez la charge d'au moins 3 enfants de moins de 16 ans.

À savoir ! La convention collective ou l'usage dans votre entreprise peuvent prévoir une durée plus longue de ce congé.

VOS DÉMARCHES

Vous devez transmettre au plus vite à votre employeur le certificat médical attestant de la maladie ou de l'accident de votre enfant.

★ **Votre contact** : votre employeur

Congé de présence parentale

Ce congé vous permet d'être présent auprès de votre enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une gravité particulière. Le médecin doit certifier que votre présence à ses côtés est indispensable.

L'enfant concerné doit être à votre charge effective et permanente et être âgé de 16 ans au plus (20 ans si l'enfant perçoit une rémunération n'excédant pas 55% du SMIC).

LA DURÉE DU CONGÉ

Sa durée est de 6 mois renouvelables, dans la limite de 3 ans. Au cours de ces 3 ans, vous pourrez bénéficier d'un maximum de 310 jours de congé, pris de façon continue ou fractionnée.

En cas de rechute de l'enfant, un nouveau congé et une nouvelle allocation peuvent vous être accordés au-delà de la période initiale de 3 ans.

LA RÉMUNÉRATION

Vous n'êtes pas rémunéré par votre employeur mais vous pouvez bénéficier d'une **allocation journalière de présence parentale (AJPP)** (voir ci-après) afin de compenser votre perte de salaire, dans la limite de 22 jours par mois.

VOS DÉMARCHES

Vous devez faire auprès de votre employeur une demande de congé, par lettre recommandée ou remise en main propre contre un reçu.

★ **Votre contact** : votre employeur

Allocation journalière de présence parentale (AJPP)

LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AJPP

- l'enfant à votre charge doit avoir moins de 20 ans ;
- le congé et l'allocation sont accordés dans tous les cas où la santé de l'enfant justifie une présence soutenue de ses parents et des soins contraignants, pendant une durée de plus de 4 mois (2 mois pour les grands prématurés) ;
- les demandeurs d'emploi indemnisés peuvent demander à Pôle Emploi la suspension de leurs indemnités pour recevoir cette Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP).

LA DURÉE DE VERSEMENT

Le droit à l'allocation est ouvert pour la durée prévisible du traitement, telle que fixée par le médecin. Il est réétudié tous les 6 mois et ne pourra pas excéder 3 ans, sauf rechute ou récurrence de la pathologie dont souffre l'enfant. Dans ce dernier cas, un nouveau dossier devra être constitué.



Attention ! L'AJPP n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

- les indemnités journalières maladie, maternité, paternité ou d'accident du travail ;
- l'allocation forfaitaire de repos maternel, ou l'allocation de remplacement pour maternité ;
- une pension de retraite ou d'invalidité ;
- le Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) ;
- l'Allocation Parentale d'Éducation (APE) ;
- l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ;
- un complément de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) (ex : allocation d'éducation spéciale) versé pour cet enfant ;
- une allocation de chômage.

LE MONTANT 2013 (valable jusqu'au 31 mars) PAR JOUR DE CONGÉ

- pour un couple : 42,20 €
- pour un parent vivant seul : 50,14 €

À savoir ! Les parents peuvent demander à bénéficier de cette allocation successivement ou la partager.

Complément pour frais

Si l'état de santé de votre enfant occasionne des dépenses importantes, votre CAF pourra vous verser un complément d'un montant mensuel de 107,95 €.

VOS DÉMARCHES

Vous devez remplir avec votre médecin le formulaire de demande (Cerfa n°12666*02), accompagné de l'attestation médicale précisant la durée prévisible de traitement, préalablement remplie par le médecin, et renvoyer ces documents à votre CAF.

À savoir ! Tous les six mois, votre CAF vous enverra un formulaire à compléter si vous souhaitez renouveler votre demande.

INCIDENCES SUR VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Important ! Pendant ce congé, vous n'accumulez pas de congés payés et vous n'obtenez que la moitié de l'ancienneté dans votre entreprise.

★ **Votre contact :** votre CAF et votre médecin

Congé de solidarité familiale

Ce congé vous permet d'assister l'un de vos proches gravement malade, dès lors que son pronostic vital est en jeu ou qu'il est dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

Ce proche peut être :

- un ascendant,
- un descendant,
- un frère ou une sœur,
- une personne partageant le même domicile que vous,
- une personne de confiance.

★ Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

Une personne de confiance est une personne majeure qui a été désignée par une autre personne majeure pour l'accompagner dans ses démarches, pour assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions, et pour donner son avis au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à sa situation.

DURÉE DU CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

Il est accordé pour trois mois maximum, renouvelable une fois et prend fin soit :

- à l'expiration de la période de 3 mois,
- à une date antérieure,
- dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne.

Le congé peut être :

- pris en continu,
- transformé en accord avec votre employeur en période d'activité à temps partiel,
- fractionné si votre employeur est d'accord ; dans ce cas, vous devez l'avertir 48 heures avant la date à laquelle vous envisagez de prendre chaque période de congé.

À savoir ! Le congé de solidarité familiale ne peut ni être reporté ni refusé par votre employeur

INCIDENCES SUR VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Pendant votre congé, votre contrat de travail est suspendu et vous ne pouvez exercer aucune autre activité professionnelle. Vous continuez à cumuler des droits à la retraite et à la formation et conservez vos droits à l'Assurance maladie.

RÉMUNÉRATION

Ce congé n'est, en principe, pas indemnisé par votre employeur. Toutefois, vous pouvez percevoir de l'Assurance maladie une **allocation journalière d'accompagnement** d'un proche en fin de vie, afin de compenser votre perte de salaire.

VOS DÉMARCHES

Vous devez adresser à votre employeur, au moins 15 jours avant le début du congé de solidarité familiale,

- une lettre recommandée avec avis de réception ou remise en mains propres contre récépissé, qui l'informe de votre volonté de bénéficier de ce congé ;
- un certificat médical, établi par le médecin traitant de la personne que vous souhaitez accompagner, et attestant que cette personne souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital, ou qu'elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

À savoir ! En cas de renouvellement du congé, vous devez effectuer les mêmes démarches.

★ **Vos contacts** : votre employeur, votre CPAM

Allocation journalière d'accompagnement d'un proche en fin de vie

DURÉE ET MONTANT DE CETTE ALLOCATION

Vous cessez temporairement toute activité professionnelle	Vous optez pour une réduction à temps partiel
Durée : Maximum 21 jours. Le versement cesse avec le décès de la personne accompagnée.	Durée : Maximum 42 jours. Quelle que soit la réduction du temps de travail. Le versement cesse avec le décès de la personne accompagnée.
Montant : 49,84 euros net (depuis le 7 janvier 2013).	Montant : 24,91 euros net (depuis le 7 janvier 2013)

À savoir !

L'allocation peut être **versée à plusieurs personnes** accompagnant un même malade, mais dans la limite globale de 21 jours.

L'allocation est **fractionnable dans le temps**. Vous pouvez ainsi bénéficier de plusieurs périodes de versement de l'allocation, dans la limite de la durée maximale de versement de 21 jours (ou 42 jours en cas d'activité à temps partiel).

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE CETTE ALLOCATION

Pour pouvoir bénéficier de cette allocation :

- vous devez être bénéficiaire du congé de solidarité familiale ou l'avoir transformé en période d'activité à temps partiel ;
- il ne doit pas s'agir d'une hospitalisation sauf si celle-ci intervient après le début de l'accompagnement à domicile ;
- il doit s'agir soit d'un accompagnement :
 - au domicile de la personne accompagnée,
 - à votre domicile,
 - au domicile d'un tiers,
 - en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Important ! Vous ne pouvez prétendre à cette allocation que si votre régime d'Assurance maladie prévoit le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie. Les conjoints collaborateurs, ayants droit et étudiants ne peuvent en bénéficier.

DÉMARCHES À EFFECTUER POUR BÉNÉFICIER DE CETTE ALLOCATION

Vous devez effectuer une demande auprès de votre CPAM. Pour cela, vous devez :

- compléter et adresser le formulaire « Demande d'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie »,
- fournir un certificat médical, établi par le médecin traitant de la personne que vous accompagnez, attestant que cette personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable,
- joindre une attestation de votre employeur, précisant que vous bénéficiez du congé de solidarité familiale ou qu'il a été transformé en temps partiel.

Attention ! L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ne peut pas se cumuler avec :

- l'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption,
- l'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité,
- l'indemnisation des congés maladie ou accident du travail,
- l'Allocation Parentale d'Éducation ou le Complément de Libre Choix d'Activité (CLCA) de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE),
- les allocations de chômage.

À savoir ! Si vous avez transformé votre congé de solidarité familiale en période d'activité à temps partiel, vous pourrez cumuler l'allocation avec les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

★ **Votre contact** : votre CPAM





Congé de soutien familial

Ce congé vous permet d'interrompre temporairement votre activité professionnelle pour vous occuper d'un proche en situation de dépendance, qu'il souffre d'un handicap ou d'une grave perte d'autonomie.

Important ! Ce congé n'est pas rémunéré.

LES CONDITIONS

Pour en bénéficier, vous devez avoir au moins 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise.

La personne dont vous allez vous occuper peut être :

- votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- votre ascendant ou descendant jusqu'au 4^{ème} degré (frères, sœurs, enfants, parents, tantes, neveux...),
- l'ascendant ou descendant jusqu'au 4^{ème} degré de votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

LA DURÉE

La durée de ce congé est de 3 mois, renouvelable jusqu'à un maximum d'une année prise sur la totalité de votre carrière.

INCIDENCES SUR VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

La durée du congé est prise en compte en totalité pour le calcul de l'ancienneté.

VOS DÉMARCHES

Pour en bénéficier, vous devez informer votre employeur au moins 2 mois avant le début du congé, par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise en main propre contre reçu.

Vous devrez joindre les éléments suivants :

- une déclaration sur l'honneur de votre lien familial avec la personne malade,
- une déclaration sur l'honneur précisant si vous avez déjà eu recours auparavant à un congé de soutien familial,
- si la personne aidée est handicapée : une copie de la décision de lui accorder un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80%,
- si la personne aidée souffre d'une perte d'autonomie : une copie de la décision de lui attribuer l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) – groupes I et II.

Si vous souhaitez renouveler votre congé, vous devez avertir votre employeur :

- lorsque le renouvellement est successif : au moins 1 mois avant le terme initialement prévu, par lettre recommandée avec accusé de réception,
- lorsque le renouvellement n'est pas successif : en suivant la même procédure que pour la première demande.

Le délai d'un mois prévu pour prévenir l'employeur peut être abaissé à 15 jours en cas :

- d'urgence liée notamment à une dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée, attestée par certificat médical,
- de cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée (attestée par le responsable de l'établissement).

★ **Votre contact** : votre employeur

Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Si vous avez un enfant handicapé, cette allocation attribuée sans condition de ressources pourra vous aider à faire face aux frais liés à ses soins et à son éducation.

Elle est composée :

- d'un montant de base de 127,68 € par mois (montant valable jusqu'au 31 mars 2013),
- d'un complément d'allocation gradué en 6 catégories (de 95,76 € à 1 060,17 €) (montant valable jusqu'au 31 mars 2013) en fonction :
 - du montant des dépenses engagées du fait du handicap de l'enfant ;
 - de la cessation ou réduction de l'activité professionnelle d'un parent ;
 - de l'embauche d'une tierce personne rémunérée.

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AEEH

Votre enfant handicapé doit :

- être âgé de moins de 20 ans,
- avoir une incapacité permanente d'au moins 80% OU un taux d'incapacité compris entre 50% et 80% et fréquenter un établissement spécialisé ou avoir besoin de soins à domicile.

À savoir ! Vous n'avez pas droit à cette allocation si votre enfant est dans un internat et que vous bénéficiez déjà d'une prise en charge totale de ses frais de séjour par l'Assurance maladie.

VOS DÉMARCHES

Il vous suffit d'en faire la demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de votre lieu de résidence, qui transmettra ensuite le dossier à

la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), chargée dans un second temps d'étudier la demande et de déterminer à quelles catégories de compléments vous avez droit, selon le handicap de votre enfant.

Vous devrez envoyer à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

- la demande d'allocation (formulaire Cerfa n°13788*01),
- le certificat médical (formulaire Cerfa n°13878*01) daté de moins de 3 mois

À savoir !

Cette allocation est cumulable avec toutes les autres prestations.

Par ailleurs, si vous ou l'autre parent s'arrête de travailler pour s'occuper de votre enfant, vous pouvez avoir droit à l'**Allocation de Présence Parentale**.

★ **Votre contact** : votre CAF et la MDPH de votre département

Le CESU

Voir « Vous organisez la garde de vos enfants »

VOTRE RETRAITE

L'Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF)

Lorsque vous réduisez, interrompez ou cessez votre activité professionnelle pour vous occuper d'un enfant ou prendre en charge un parent handicapé ou dépendant, vous ne cotisez pas pour votre retraite.

La CAF prend donc le relais pour vous affilier gratuitement à l'Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF).

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AVPF

Pour avoir droit à l'AVPF, il ne faut pas que les ressources de votre ménage dépassent un certain plafond, variable en fonction des cas et revalorisé tous les ans.

Vous devez également vous trouver dans l'une des situations suivantes :

- vous percevez une allocation en lien avec la naissance ou la présence d'un enfant (allocation de base de la PAJE, CLCA, complément familial ou AJPP) et vos revenus ne dépassent pas un certain montant ;
- vous ou votre conjoint avez cessé toute activité professionnelle pour vous occuper d'une personne lourdement handicapée ; il peut s'agir soit d'un enfant de moins de 20 ans pour lequel vous n'avez pas trouvé de structure spécialisée, soit d'un adulte pour lequel le maintien à domicile est indispensable et qui a besoin d'une présence constante ;
- vous ou votre conjoint avez cessé toute activité professionnelle dans le cadre d'un congé de soutien familial ; cette cessation d'activité est justifiée par la nécessité de s'occuper d'un parent qui présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

VOS DÉMARCHES

Différentes situations sont possibles :

- Vous bénéficiez d'une prestation familiale : l'affiliation est automatique, dès que vous remplissez les conditions.
- Vous bénéficiez du congé de soutien familial : vous devez envoyer une attestation de votre employeur à la CAF, en indiquant les dates de votre congé.
- Vous avez la charge d'un enfant handicapé :
 - si vous bénéficiez de l'AEEH, vous serez affilié automatiquement ;
 - sinon, vous pouvez faire une demande à votre CAF.
- Vous avez la charge d'un adulte handicapé dans votre foyer : la CAF vous affilie sur demande, après avis motivé de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).



Focus

TPE

Quelles spécificités si vous faites face à la maladie / au handicap d'un proche et que vous êtes salarié(e) d'une Très Petite Entreprise (moins de 10 salariés) ?

Vous pourrez bénéficier des congés pour événements familiaux prévus par la loi.

Si une convention collective étendue à votre branche le prévoit, vous pourrez également accéder à des indemnités ou congés complémentaires.

Renseignez-vous auprès de votre CAF.





Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.



Vous êtes confronté(e) à un changement de situation personnelle : séparation, divorce ou décès

VOS DÉMARCHES

DÉCLARER VOTRE CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE

À LA CAF

Cela permet à la CAF de recalculer vos droits et prestations en conséquence.

Par exemple, en cas de décès de votre conjoint, ses revenus ne sont plus pris en compte dès le mois suivant le décès.

À savoir ! Si vous tardez à faire part d'un changement de situation qui doit réviser à la baisse ou supprimer une prestation, vous serez obligé de rembourser le trop-perçu.

À LA CPAM

Tout changement de situation (changement d'adresse, de complémentaire santé...) doit être signalé à votre CPAM.

À VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Tout changement de situation doit être signalé à votre organisme de complémentaire santé / mutuelle.

À VOTRE EMPLOYEUR

Tout changement de situation doit être signalé à votre employeur.

COUVERTURE MALADIE

Ayant droit, maintien des droits, fin des droits

★ Rappel ! Qu'est-ce qu'un ayant droit ?

Si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou vivez maritalement et que votre conjoint, partenaire ou la personne qui vit maritalement avec vous n'a pas de couverture sociale, il peut obtenir la qualité d'ayant-droit et être rattaché(e) à vous. Ceci lui permet de bénéficier du remboursement des soins en cas de maladie et maternité.

DEVENIR UN AYANT DROIT

Pour qu'une personne obtienne la qualité d'ayant-droit, vous devez effectuer la demande de rattachement auprès de votre CPAM :

- remplir et renvoyer le volet 1 du formulaire n° S 3706 « Demande de rattachement à un assuré des ayants droit autres que les enfants » (disponible sur ameli.fr) ; vous conservez le volet 2 ;
- fournir les pièces justificatives demandées.

Une nouvelle attestation de droits vous sera alors adressée et une carte vitale sera également adressée à votre ayant-droit.
Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour

À savoir ! En pratique, votre partenaire devra indiquer votre numéro de Sécurité sociale sur tous les documents (ex : feuille de soins) qu'il adressera à la CPAM.

À savoir ! En cas de vie maritale (uniquement), la demande de rattachement doit être renouvelée chaque année au moyen du formulaire S 3182 « Attestation de la qualité d'ayant droit ».

Conseil ! Renseignez-vous au sujet de l'affiliation de votre conjoint ou concubin à votre régime de complémentaire santé.

MAINTIEN DES DROITS PENDANT UN AN EN CAS DE SÉPARATION, DIVORCE OU DÉCÈS

En cas de divorce, vos droits (en tant qu'ayant droit) sont encore maintenus pendant un an à compter de la date de votre divorce. À l'issue de cette période, si vous ne relevez d'aucun régime obligatoire de Sécurité sociale, vous pourrez bénéficier de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) (**voir « vous êtes malade / vous protégez votre santé »**).



À savoir ! À l'expiration de cette période d'un an, si vous avez eu ou avez au moins trois enfants à charge et que vous ne bénéficiez d'aucun régime obligatoire de Sécurité sociale, vous serez obligatoirement affilié(e) au régime général de la Sécurité sociale.

À savoir ! Si, avant votre divorce, vous n'aviez pas le statut d'ayant droit, vous pouvez encore, malgré le divorce, demander ce statut pour une période d'un an. Pour cela, vous devez :

- effectuer une demande par courrier auprès de la CPAM à laquelle est affilié votre ex-conjoint en indiquant ses nom, prénom, adresse, son numéro d'immatriculation et le vôtre, si vous en avez un ;
- joindre à cette lettre votre relevé d'identité bancaire ou postal personnel.

En cas de séparation suite à une vie commune ou à un PACS, vos droits sont encore maintenus pendant un an à compter de la date de votre séparation.

Pour faire valoir vos droits, vous devez adresser à votre CPAM, une photocopie du certificat de non-conciliation ou une déclaration sur l'honneur mentionnant la séparation et la date à laquelle elle prend effet.

Si vous étiez pacsé, adressez une « Décision de fin de vie commune » délivrée par le tribunal d'instance compétent. À l'issue de cette période de un an, si vous ne relevez d'aucun régime obligatoire de Sécurité sociale, vous pourrez bénéficier de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) (voir « vous êtes malade / vous protégez votre santé »).

En cas de décès de la personne à laquelle vous étiez rattachée en tant qu'ayant droit, vous bénéficiez d'un maintien de vos droits pendant 1 an à compter de la date du décès. À l'issue de cette période, si vous ne relevez d'aucun régime obligatoire de Sécurité sociale, vous pourrez bénéficier de la CMU (voir « vous êtes malade / vous protégez votre santé »).

À savoir ! Si, au moment du décès de la personne assurée, vous avez un enfant âgé de moins de 3 ans, vous et vos ayants droit bénéficiez du droit au remboursement de vos soins en cas de maladie ou de maternité jusqu'au 3^{ème} anniversaire de votre enfant.

À savoir ! À l'expiration de la période de maintien de droit d'un an, si vous avez eu ou avez au moins trois enfants à charge et que vous ne bénéficiez d'aucun régime obligatoire de Sécurité sociale, vous serez obligatoirement affilié(e) au régime général de la Sécurité sociale.

★ **Votre contact** : votre CPAM

Capital décès

Si vous étiez :

- l'ayant droit de la personne décédée,
- OU son conjoint survivant non séparé,
- OU son partenaire lié au défunt par un pacte civil de solidarité,

vous avez droit aussi au capital décès du régime général. Pour cela, vous devez effectuer une demande dans un délai de 2 ans à compter de la date du décès auprès de votre CPAM. Pour plus d'informations, renseignez-vous auprès de celle-ci.

Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour.

★ **Votre contact** : votre CPAM

L'AIDE AUX FAMILLES

Partage des allocations familiales

Parents séparés ou divorcés, si vous avez un ou plusieurs enfants en résidence alternée, vous pouvez opter pour le partage des allocations familiales. D'un commun accord, vous pouvez donc :

- soit désigner celui des deux parents qui sera le bénéficiaire pour toutes les prestations,
- soit choisir le partage des allocations familiales et désigner un bénéficiaire pour les autres prestations.

Le choix est fait pour 1 an minimum. À défaut d'accord entre les deux parents, une part des allocations familiales est versée à chaque parent. Les autres prestations sont maintenues au parent qui les reçoit déjà.

VOS DÉMARCHES

Quelle que soit l'option retenue, vous devez remplir le dossier de demande (formulaire n°11423*05) et le retourner à votre CAF.

★ **Votre contact** : votre CAF

Aide au recouvrement des pensions alimentaires

Si vous ne pouvez bénéficier de l'ASF (allocation de soutien familial) (voir p.21), votre CAF peut vous aider à obtenir le paiement de la pension alimentaire fixée par jugement :

- sil elle ne vous est pas versée,
- quels que soient votre situation familiale et le montant de vos revenus,
- que vous bénéficiez ou non de prestations familiales.



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.



Vous êtes malade

Vous protégez votre santé	p.39
Vous êtes en arrêt de travail (hors AT/MP)	p.49
Vous êtes en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP)	p.53
Vous souffrez d'une maladie chronique	p.59
Vous êtes hospitalisé(e)	p.65

LE CONTRAIRE DE TOUS À LA MÊME ENSEIGNE

Prendre soin de votre santé, cela commence par être attentif à vos besoins.

Qu'il s'agisse de contrats individuels ou collectifs, les besoins en complémentaire santé de nos clients sont tous différents et évoluent avec le temps. C'est pourquoi nous nous attachons à proposer des offres modulables et innovantes, qui collent au plus près de leurs attentes au moment où ils en ont besoin.

Pour en savoir plus sur ce que nous pouvons faire pour vous, rendez-vous sur www.ag2ramondiale.fr



AG2R LA MONDIALE le contraire de seul au monde

PRÉVOYANCE
SANTÉ
ÉPARGNE
RETRAITE
ACTION SOCIALE

Situation Vous protégez votre santé



★ **L'Assurance maladie** est un dispositif qui permet aux personnes (les assurés) de pouvoir bénéficier du remboursement de leur frais médicaux et du versement d'un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail. Elle est organisée en deux pans :

- l'Assurance maladie de base, qui est obligatoire et relève de la Sécurité sociale ;
- l'Assurance maladie complémentaire (mutuelle), qui est facultative, et qui vient compléter le remboursement que vous recevez de la Sécurité sociale.

VOUS AFFILIER À L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE / DE BASE

Pour quoi faire ? L'affiliation à l'Assurance maladie vous permet de bénéficier des prestations de celle-ci (remboursement des soins, indemnités journalières de Sécurité sociale...).

Selon votre situation, vous pouvez en bénéficier en tant que :

- assuré social,
- ayant-droit d'un autre assuré social,
- titulaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Être assuré social

CONDITIONS

Les conditions générales

Pour bénéficier des différentes prestations (assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail-maladies professionnelles), vous devez justifier d'un nombre minimum d'heures de travail ou d'un certain montant de cotisations sur une période donnée.

Ainsi, pour avoir droit au remboursement de vos soins pendant un an, en cas de maladie ou de maternité, vous devez 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 un mois civil ou 30 jours ;
- 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 civils ou un trimestre ;
- 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 12 mois.

Dans le cas d'un premier emploi

Pendant les trois premiers mois : vous bénéficiez du remboursement de vos soins en cas de maladie ou de maternité sans avoir à remplir les conditions habituelles d'ouverture des droits.

À l'issue de ces trois mois :

- Si vous êtes toujours salarié et que vous remplissez les conditions générales d'ouverture de droits, vous n'avez pas de démarches particulières à effectuer.
- Si vous êtes toujours salarié et que vous ne remplissez pas les conditions ci-dessus mais que vous avez moins de 25 ans, vous avez le droit à ces prestations pendant trois mois supplémentaires. Vous devez alors justifier :
 - avoir travaillé au moins 60 heures ;
 - OU avoir cotisé, sur un salaire au moins égal à 60 fois le montant du SMIC horaire, depuis le premier jour de votre activité.
- Si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture de droits et que vous n'avez pas la possibilité d'être ayant-droit (**voir ci-après**), vous pouvez bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU) (**voir ci-après**).

Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour.

DÉMARCHES

Vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer auprès de la CPAM de votre lieu de résidence.

En effet, c'est votre employeur qui doit procéder à ces formalités.

Si vous n'êtes pas encore immatriculé auprès de l'Assurance maladie (dans le cas d'un premier emploi par exemple), il dispose d'un délai de 8 jours à partir de votre embauche pour vous immatriculer.

★ **Votre contact** : votre CPAM



Être reconnu ayant-droit

★ Qu'est-ce qu'un ayant droit ?

Lorsque vous n'avez pas de couverture sociale mais que votre conjoint, partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou la personne qui vit maritalement avec vous en a une, vous pouvez être rattaché à lui et ainsi bénéficier du remboursement des soins en cas de maladie et maternité. On dit alors que vous êtes ayant-droit de cette personne.

CONDITIONS

Si votre conjoint, partenaire ou la personne qui vit maritalement avec vous est affilié, vous pouvez demander à être reconnu ayant droit.

DÉMARCHES

La personne bénéficiant de la couverture santé (vous ou votre conjoint) doit effectuer une demande de rattachement auprès sa CPAM, en remplissant et renvoyant :

- le volet 1 du formulaire n°S3706 « Demande de rattachement à un assuré des ayants droit autres que les enfants » (disponible sur ameli.fr),
- les pièces justificatives demandées.

Une nouvelle attestation de droits lui sera alors adressée et une carte vitale vous sera envoyée.

À savoir ! En pratique, en tant qu'ayant-droit, vous devrez indiquer le numéro de Sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattachée sur tous les documents (ex : feuille de soins) que vous adresserez à la CPAM.

Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour

À savoir ! Si vous n'êtes pas marié ou pacsé mais que vous vivez maritalement avec l'assuré, la demande de rattachement devra être renouvelée chaque année au moyen du formulaire S3182 « Attestation de la qualité d'ayant droit » (disponible sur ameli.fr).

★ **Votre contact :** votre CPAM

Être titulaire de la CMU (couverture maladie universelle)

La CMU permet à toute personne non couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire (donc ni assuré social ni ayant droit) de bénéficier, sous certaines conditions, de l'ensemble des remboursements des dépenses de soins de l'Assurance maladie.

En étant affilié à la CMU, vous avez donc les mêmes droits que les autres assurés.

CONDITIONS

La CMU est accordée pour un an sous réserve de :

- justifier d'une résidence stable et régulière en France ou dans un DOM depuis plus de 3 mois (sauf cas particuliers) ;
- n'être affilié(e) à aucun régime de Sécurité sociale.

Cas particulier ! Certains titulaires du **Revenu de Solidarité Active (RSA)** peuvent bénéficier gratuitement de la CMU de base ainsi que d'une couverture complémentaire santé (CMU-C). La demande doit être faite à la CAF lors du dépôt du dossier de RSA.

★ **Le revenu de solidarité active (RSA)** est destiné à assurer un revenu minimum aux personnes sans ressource ou à compléter les ressources des personnes dont l'activité professionnelle ne leur apporte que des revenus limités.

Le RSA remplace le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API).

Il est versé sans limitation de durée, tant que le bénéficiaire continue à remplir les conditions.

Le montant versé peut varier si la situation familiale ou les ressources du foyer évoluent.

(Source : Service-public.fr)

COÛT DE LA CMU

Il y a deux cas selon votre situation financière :

- **la couverture est gratuite** dès lors que vos revenus annuels ne dépassent pas un certain plafond révisé chaque année, et ce quel que soit le nombre de personnes dans votre foyer ;
- **la couverture est payante** si vos ressources sont supérieures à ce plafond ; vous devez alors payer une cotisation chaque trimestre à la CPAM, d'un montant de 8 % du montant de vos revenus dépassant ce plafond.

Attention ! En cas de retard de paiement, des pénalités peuvent être appliquées.

DÉMARCHES

Pour l'affiliation

L'affiliation n'est pas automatique. Vous devez effectuer une demande auprès de votre CPAM.

Pour cela, vous devez :

- compléter le formulaire S 3710b « Couverture maladie universelle : demande de protection de base » (disponible sur le site www.ameli.fr) ;
- remplir une déclaration de ressources, sauf si vous êtes titulaire du RSA socle ou de la CMU complémentaire (dans ce cas vous devrez uniquement dater et signer le document) ;
- joindre les pièces justificatives suivantes :
 - un justificatif d'identité en cours de validité ;
 - un justificatif de résidence régulière en France : un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant que la personne a demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile ;
 - un justificatif de résidence stable en France (quittances de loyer, factures d'électricité ...) ;
 - si vous avez des personnes à charge : le livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit, etc. ;
 - si vous êtes déjà ou avez été inscrit à la Sécurité sociale : la carte vitale et l'attestation qui l'accompagne ;
 - si vous êtes de nationalité étrangère hors Union européenne - Espace économique européen (UE-EEE) et Suisse : un justificatif de séjour régulier en France : titre de séjour ou, à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture...) ;
 - les justificatifs de revenus : avis d'imposition ou de non imposition, bulletins de paie...

À savoir ! Une seule demande de CMU et une seule déclaration de ressources sont nécessaires par foyer.

Pour le renouvellement

La CMU de base est **renouvelable chaque année**.

Lors du renouvellement, vous devez à nouveau justifier que votre foyer habituel et permanent est en France ou que vous avez séjourné plus de 6 mois sur le territoire.

EFFECTIVITÉ DE LA CMU

L'affiliation est **immédiate** : elle est effective dès le dépôt de la demande, pour vous et pour les membres à charge de votre famille.

Vous bénéficiez du remboursement des dépenses de santé le jour où la CPAM reçoit votre déclaration.

Vous recevrez :

- une attestation de droits, dès lors que le dossier aura été vérifié, ainsi qu'une carte vitale ; si vous en possédez déjà une, vous devrez simplement la mettre à jour ;
- une nouvelle demande de déclaration de ressources par votre CPAM, envoyée avant le 1^{er} août de chaque année, que vous devrez retourner dûment remplie et accompagnée des pièces justificatives, au plus tard le 15 septembre.

À savoir ! Si vous n'envoyez pas cette déclaration de ressources, vous pourrez vous voir appliquer une taxe.

★ **Votre contact** : votre CPAM

BÉNÉFICIER D'UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE/ ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'Assurance maladie complémentaire vous rembourse la partie non couverte par l'Assurance maladie obligatoire. Les remboursements seront plus ou moins importants, en fonction du contrat établi avec votre organisme de complémentaire santé / votre mutuelle.

Selon votre situation, vous pouvez vous affilier à deux types de complémentaire :

- **à une complémentaire santé classique** ;
si vos ressources sont limitées, vous pourrez obtenir sous certaines conditions une **Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)** ;
- à la **Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-c)**.

S'affilier à une complémentaire santé

LES GARANTIES D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Votre organisme complémentaire/mutuelle vous remboursera tout ou partie des frais qui restent à votre charge après remboursement par la Sécurité sociale, notamment pour :

- la pharmacie ;
- les tarifs de base : optique, soins dentaires, laboratoire, auxiliaires médicaux, transport, honoraires médicaux, appareillage ;
- l'hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris le forfait hospitalier ;
- une chambre particulière médicale et chirurgicale, y compris en cas de maternité.





À savoir ! Les contrats des complémentaires santé ne permettent pas, en cas d'arrêts maladie, de compléter les indemnités journalières de Sécurité sociale versées par l'Assurance maladie et le complément de revenu versé par l'employeur. En revanche, un contrat de prévoyance peut prévoir le versement de telles indemnités supplémentaires.

★ **Un contrat de prévoyance** est un contrat qui vous permet de conserver le même niveau de vie ou celui de votre famille en cas d'accident ou de maladie. Il comprend un ensemble de dispositifs destinés à compléter les prestations du régime de base de la Sécurité sociale en matière de retraite, de chômage, de couverture maladie, d'arrêt de travail et de décès. Il apporte un niveau de protection supplémentaire. Les garanties prévoyance peuvent être plus ou moins complètes. Ainsi, par exemple, le risque « incapacité-invalidité » peut prévoir, en complément des prestations de la Sécurité sociale et du complément de salaire versé par l'employeur, le versement d'indemnités supplémentaires en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire) ou d'une rente d'invalidité (invalidité permanente). Ce type de contrat peut être souscrit par l'employeur au profit des salariés (contrat collectif) ou souscrit individuellement.

DÉMARCHES

Pour s'affilier

Plusieurs situations sont possibles :

À travers votre entreprise (contrat collectif) :

L'entreprise dans laquelle vous travaillez peut avoir négocié un contrat collectif obligatoire avec un organisme complémentaire de santé. Dans ce cas, vous serez obligatoirement affilié par votre employeur. Le tarif est alors calculé en fonction des garanties choisies et de votre classification (cadre, non cadre). L'employeur prend en charge une partie des cotisations (généralement 50%).

Conseil ! Pensez à résilier votre ancienne complémentaire santé.

À savoir ! Si le contrat de complémentaire santé a été mis en place dans l'entreprise par une décision unilatérale de l'employeur, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la décision ont le choix d'adhérer ou non à ce contrat. Par contre, l'affiliation est obligatoire pour les salariés embauchés après la mise en place de la couverture.

À noter ! Portabilité des droits ! Si vous perdez votre emploi mais que vous touchez des indemnités de chômage, vous continuerez à bénéficier de la complémentaire santé de votre entreprise pendant tout ou partie de votre période de chômage. Toute entreprise qui ne respecterait pas cette obligation se verrait obligée de vous rembourser les prestations non couvertes par un organisme assureur.

Directement auprès d'un organisme complémentaire (contrat individuel) :

Dans ce cas, le tarif est calculé en fonction des garanties que vous choisissez et vous payez intégralement la cotisation.

À noter !

- Si vous étiez encore rattaché(e) à l'organisme de complémentaire santé de vos parents (possible jusqu'à 25 ans), et qu'il n'existe pas de contrat de santé au sein de votre entreprise, vous ne pouvez plus dépendre de vos parents. Vous devez donc immédiatement vous inscrire à un organisme complémentaire de santé.
- Si vous bénéficiez déjà d'une complémentaire santé et qu'il n'existe pas de contrat de santé obligatoire au sein de votre entreprise, vous n'êtes pas obligé d'en changer.

Pour changer d'organisme complémentaire/mutuelle

Le nouvel organisme complémentaire de santé que vous avez choisi informera lui-même votre CPAM, sans démarche particulière de votre part.

Il l'informera :

- en cas de radiation : de la date de fin de validité du contrat complémentaire,
- en cas d'adhésion à un nouvel organisme : de la date de validité du nouveau contrat complémentaire à prendre en compte.

Pour les ayants droit ! Renseignez-vous au sujet de l'affiliation de votre conjoint ou concubin à votre régime de complémentaire santé.

★ **Vos contacts :** votre employeur et votre complémentaire santé

S'affilier à la CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire)

La CMU-c vous permet de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite.

CONDITIONS

La CMU-c est accordée pour un an sous réserve de :

- justifier d'une résidence stable et régulière en France ou dans un DOM depuis plus de 3 mois (sauf cas particuliers) ;
- disposer de ressources inférieures à un plafond révisé chaque année en fonction de l'évolution des prix, de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge.

Plafond annuel de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire, applicable au 1 ^{er} juillet 2012		
Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	7 771 euros	8 649 euros
2 personnes	11 657 euros	12 974 euros
3 personnes	13 988 euros	15 569 euros
4 personnes	16 320 euros	18 164 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 108,48 euros	+ 3 459,74 euros

À savoir ! En cas de dépassement du plafond fixé pour l'attribution de la CMU-c, les droits à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) (voir ci-après) seront automatiquement examinés.

À noter ! Certains titulaires du RSA peuvent bénéficier gratuitement de la CMU de base ainsi que d'une couverture complémentaire santé (CMU-c). La demande doit être faite à votre CAF lors du dépôt du dossier de RSA (voir précédemment).

LES GARANTIES

La CMU-c :

- prend en charge la part des dépenses de santé non remboursée par l'Assurance maladie ;
- vous dispense de l'avance de frais.

Prise en charge des dépenses de santé

La CMU-c prend en charge :

- les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires,
- le ticket modérateur (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation,
- la participation forfaitaire d'un euro,
- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
- les dépassements de tarif pour certains soins et matériels médicaux (prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives ...) dans la limite d'un panier de soins.

Dispense d'avance de frais

Avec la CMU-c, vous n'avez rien à payer lors d'une consultation médicale dans le cadre **du parcours de soins coordonnés** ou d'une hospitalisation, ni pour les soins, ni pour les analyses de laboratoire et les médicaments, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance maladie.

Pour bénéficier de cette prise en charge, vous devez obligatoirement présenter au professionnel de santé votre carte vitale et votre attestation de droits à la CMU.

★ **Le parcours de soins coordonnés** est le circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical cohérent, personnalisé et remboursé au mieux. Appliqué à tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 16 ans, il garantit le remboursement des soins dans les meilleures conditions. Ce parcours impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix et de le consulter avant de consulter un autre spécialiste.

Important ! Interdiction de dépassements d'honoraires

Les médecins ne doivent pas vous appliquer de dépassements tarifaires sauf exigence particulière (certaines visites à domicile, rendez-vous en dehors des heures de consultations, demande de prestations supplémentaires, par exemple, pour l'optique, verres teintés, verres spéciaux).

DÉMARCHES POUR BÉNÉFICIER DE LA CMU-c

Pour l'affiliation

Vous devez effectuer une demande auprès de votre CPAM :

- compléter le formulaire S 3711 « CMU-c et aide pour une complémentaire santé » (disponible sur le site www.ameli.fr) ;
- remplir une déclaration de ressources pour l'ensemble du foyer ;
- compléter le formulaire de choix de l'organisme complémentaire (n° S 3712 et éventuellement n° S 3713) ;
- joindre les pièces justificatives suivantes :
 - un justificatif d'identité en cours de validité ;
 - un justificatif de résidence régulière en France : un titre





de séjour en cours de validité ou un document attestant que la personne a demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile ;

- un justificatif de résidence stable en France : trois dernières quittances de loyer, factures d'électricité ...
- si vous avez des personnes à charge : le livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit, etc. ;
- si vous êtes déjà ou avez été inscrit à l'Assurance maladie : la carte vitale et l'attestation qui l'accompagne ;
- si vous êtes de nationalité étrangère hors Union européenne - Espace économique européen (UE-EEE) et Suisse : un justificatif de séjour régulier en France : titre de séjour ou, à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.) ;
- les justificatifs de revenus : avis d'imposition ou de non imposition, bulletins de paie... ;

À savoir ! Une seule demande de CMU-c et une seule déclaration de ressources sont nécessaires par foyer.

À savoir ! Un membre du foyer peut choisir un autre organisme de complémentaire santé que celui que vous avez choisi. Dans ce cas, un autre formulaire doit être rempli : « Couverture maladie universelle - protection complémentaire : choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé » (formulaire S 3713 disponible sur ameli.fr).

À savoir ! La CMU-c peut être gérée par votre CPAM ou par un organisme complémentaire inscrit sur une liste agréée, qui recense les organismes situés dans votre département. Elle peut vous être adressée par votre préfet de région et est également disponible sur le site internet du Fonds CMU ou de votre CPAM.

Cas particulier : vous disposez déjà d'un contrat auprès d'un

organisme complémentaire

- Si cet organisme complémentaire figure sur la liste agréée, il gèrera la CMU-c directement. Le contrat existant sera transformé en une adhésion à la CMU-c.
- S'il ne figure pas sur la liste agréée, vous devrez choisir un autre organisme de la liste afin de ne plus avoir de cotisation à payer. Dès que la CMU-c est accordée, vous pouvez demander la résiliation du contrat existant.

Pour le renouvellement

La CMU-c est accordée pour une durée d'un an renouvelable. Son renouvellement n'est pas automatique. Vous devez en faire la demande au moins deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée.

Pensez-y ! Mettez à jour votre carte vitale !

EFFECTIVITÉ DE LA CMU-c

Une fois la décision d'attribution de la CMU-c prise, votre CPAM transmet sans délai le dossier complet à l'organisme complémentaire de santé que vous avez choisi.

Le droit à la CMU-c prend effet le premier jour du mois suivant son octroi.

Dans certains cas (urgence, hospitalisation), l'admission peut prendre effet au jour de la demande ou, en cas d'hospitalisation, avec effet rétroactif de 2 mois maximum.

À savoir ! Le silence gardé par la CPAM pendant plus de 2 mois à compter de la réception du dossier vaut acceptation. **Attention !** C'est le contraire pour l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé ACS (**voir ci-après**).

★ **Vos contacts :** votre CPAM et votre complémentaire santé

Bénéficiaire de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé)

Si vos ressources sont limitées mais ne vous donnent pas droit à la CMU-c, vous pouvez bénéficier de l'ACS. Il s'agit d'une aide financière octroyée pour vous permettre de payer les frais d'affiliation à une couverture maladie complémentaire.

CONDITIONS

Pour bénéficier de l'ACS, vous devez :

- justifier d'une résidence stable et régulière en France ou dans un DOM depuis plus de 3 mois, (sauf cas particuliers) ;
- disposer de ressources comprises entre le plafond de la CMU-c et 35% de ce même plafond (voir tableau ci-dessous) : les ressources prises en compte pour l'attribution de l'ACS sont celles que l'ensemble du foyer a perçues au cours des 12 mois civils précédant la demande.

plafond de ressources pour l'attribution de l'aide pour une complémentaire santé (à compter du 1 ^{er} juillet 2012)		
nombre de personnes composant le foyer	plafond annuel en France métropolitaine	plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	10 771 euros	11 922 euros
2 personnes	16 067 euros	17 883 euros
3 personnes	19 281 euros	21 459 euros
4 personnes	22 494 euros	25 036 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 4 284,576 euros	+ 4 768,735 euros

LES GARANTIES

Une aide financière

Vous recevrez un "chèque aide" pour vous permettre de souscrire à une complémentaire santé. Son montant sera déduit du montant annuel que vous versez à votre organisme de couverture maladie complémentaire. Il varie en fonction de votre âge :

personne couverte	montant de l'aide depuis le 1 ^{er} janvier 2010
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
à partir de 60 ans	500 €

Le choix de l'organisme de protection complémentaire

Deux situations possibles :

- si vous êtes déjà affilié à un organisme de complémentaire santé, vous devez présenter l'original de l'attestation de droit au plus tard 6 mois après son obtention ;
- si vous n'êtes affilié à aucun organisme de complémentaire santé, vous devez en choisir un dans le délai de 6 mois après l'obtention de l'attestation ; au-delà de ces 6 mois, une nouvelle demande d'ACS devra être déposée à la CPAM.

À savoir ! L'organisme de complémentaire santé peut refuser de signer un contrat avec vous en tant que bénéficiaire de l'ACS.

Les prestations de votre organisme de complémentaire santé/mutuelle

La prise en charge variera selon le contrat que vous avez choisi. Cependant, il doit obligatoirement² prendre en charge :

- au moins 30% des consultations chez le médecin traitant,

- au moins 30% des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant ou correspondant,
- au moins 35% des prescriptions d'analyse par le médecin traitant ou correspondant,
- deux actes de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique tels que le détartrage annuel ou le premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans.

La dispense d'avance de frais

Lorsque vous passez par votre médecin traitant, vous n'avez pas à avancer les frais pris en charge par l'Assurance maladie. Cette dispense de frais est valable 18 mois et prend effet le jour où la CPAM vous remet l'attestation de droit à l'ACS.

DÉMARCHES

Vous devez effectuer une demande auprès de votre CPAM. Pour cela, il vous faut :

- compléter le formulaire S 3711 «CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé » (disponible sur le site www.ameli.fr) ;
- remplir une déclaration de ressources pour l'ensemble du foyer ;
- joindre les pièces justificatives suivantes :
 - un justificatif d'identité en cours de validité ;
 - un justificatif de résidence régulière en France : un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant que la personne a demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile ;
 - un justificatif de résidence stable en France : trois dernières quittances de loyer, factures d'électricité ...
 - si vous avez des personnes à charge : le livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit, etc. ;

- si vous êtes déjà ou avez été inscrit à l'Assurance maladie : la carte Vitale et l'attestation qui l'accompagne ;
- si vous êtes de nationalité étrangère hors Union européenne - Espace économique européen (UE-EEE) et Suisse : un justificatif de séjour régulier en France (titre de séjour ou, à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.) ;
- les justificatifs de revenus : avis d'imposition ou de non imposition, bulletins de paie...

À savoir ! Une seule demande d'ACS et une seule déclaration de ressources sont nécessaires par foyer.

EFFECTIVITÉ DE L'ACS

Le droit à l'ACS vous est ouvert pour une durée d'un an renouvelable :

- à compter de la date à laquelle le contrat de complémentaire santé s'applique,
- OU au jour de la remise de l'attestation par la Caisse Primaire d'Assurance maladie, si vous étiez déjà bénéficiaire d'un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel.

À savoir ! Le silence gardé par la Caisse Primaire d'Assurance maladie pendant plus de deux mois à compter de la réception du dossier vaut rejet (attention : c'est le contraire pour la Couverture Maladie Universelle Complémentaire CMU-C). Ce délai n'est pas applicable lorsque le dossier est incomplet et que la Caisse Primaire d'Assurance maladie vous a demandé des pièces complémentaires.

★ **Votre contact :** votre CPAM

² Pour pouvoir bénéficier des crédits d'impôt





	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES	
	CMU	CMU-c	ACS
OBJECTIF	La Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne non couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire de bénéficier, sous certaines conditions, du régime général.	La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-c) constitue la protection complémentaire destinée à couvrir les frais non pris en charge par le régime de base. Cette protection complémentaire santé est indépendante de la CMU de base.	L'ACS permet, sous certaines conditions, de bénéficier d'une aide au financement d'une couverture maladie complémentaire, pour les personnes ne pouvant pas prétendre à la CMU-c.
CONDITIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Résider en France depuis plus de 3 mois. • Être en situation régulière. • Ne pas être affilié à un régime de Sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Résider en France depuis plus de 3 mois. • Être en situation régulière. • Disposer de ressources inférieures à un certain plafond. 	<ul style="list-style-type: none"> • Résider en France depuis plus de 3 mois. • Être en situation régulière. • Disposer de ressources comprises entre le plafond de la CMU-c et celui-ci majoré de 35%.
DÉMARCHES	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire S 3710b « Couverture maladie universelle : demande de protection de base ». • Déclaration de ressources. • Pièces justificatives. • Dossier complet à remettre à la CPAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire S 3711 « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé ». • Une déclaration de ressources pour l'ensemble du foyer. • Choisir son organisme complémentaire, à partir d'une liste située sur le site internet du Fonds CMU ou remise par la CPAM. • Formulaire de choix de l'organisme complémentaire n° S 3712 et éventuellement n° S 3713. • Pièces justificatives. • Dossier complet à remettre à la CPAM du lieu de résidence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire S 3711 « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé ». • Une déclaration de ressources pour l'ensemble du foyer. • Pièces justificatives.
AFFILIATION	<ul style="list-style-type: none"> • Immédiate (dès le dépôt du dossier). • Valable 1 an. • Renouvelable chaque année (sur demande). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le 1^{er} jour du mois suivant son octroi (ex : décision d'attribution le 20 février, prise d'effet le 1^{er} mars) (effet rétroactif dans certains cas). • Valable 1 an. • Renouvelable chaque année (sur demande 2 à 4 mois avant l'expiration du droit). 	<ul style="list-style-type: none"> • À compter de l'entrée en vigueur du contrat avec l'organisme de complémentaire santé. • Valable 1 an. • Renouvelable chaque année (sur demande 2 à 4 mois avant l'expiration du droit).
GRATUIT OU PAYANT ?	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuite dès lors que les revenus annuels ne dépassent pas un certain plafond révisé chaque année par décret. • Payante pour les personnes dont les ressources sont supérieures à ce plafond (cotisation équivalente à 8 % des revenus fiscaux). 	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuite 	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuite : il s'agit d'une aide financière versée par l'Assurance maladie
DROITS	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les prestations en nature de l'Assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'Assurance maladie). • Exactement les mêmes droits et devoirs que les autres assurés. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU sont redevables : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du ticket modérateur ; ▪ du forfait hospitalier ; ▪ de la franchise médicale ; ▪ de la participation forfaitaire de 1 euro ; • Absence de droit aux prestations dites « en espèces » (indemnités journalières). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des dépenses de santé (franchises médicales, ticket modérateur, participation forfaitaire de 1€ ; forfait hospitalier). • Dispense d'avance de frais dans le cadre du parcours de soins coordonnés. • Interdiction de dépassements d'honoraires pour les médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Droits à réduction : aide financière qui consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé. • Prestations en fonction du contrat de santé choisi. • Dispense d'avance de frais dans le cadre du parcours de soins coordonnés.



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing, organized into three columns. The first column is the widest, followed by two narrower columns. The lines are evenly spaced and extend across the width of each column.



Vous êtes en arrêt de travail (hors AT/MP)

VOS DÉMARCHES EN CAS DE MALADIE

Vous devez transmettre l'arrêt de travail prescrit par votre médecin dans les 48 heures, à votre employeur et votre CPAM :

- les volets 1 et 2 au service médical de votre CPAM,
- le volet 3 à votre employeur.

À savoir ! Tout retard peut être sanctionné par une diminution du montant de vos indemnités journalières.

VOS DÉMARCHES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Les démarches et remboursements sont identiques. Toutefois, vous devez déclarer cet accident à votre CPAM dans les 15 jours qui suivent par téléphone ou courrier, ce qui permettra à la CPAM d'exercer un recours auprès de la personne reconnue responsable ou de sa compagnie d'assurance afin de se faire rembourser les frais engagés pour vous soigner ou vous indemniser.

Conseil ! Dans votre déclaration, pensez à préciser les informations suivantes :

- **vous concernant** : vos nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale et, le cas échéant, les coordonnées de votre organisme de complémentaire santé/mutuelle ;

- **concernant la personne ou l'organisme responsable de votre accident** : son nom, ses coordonnées et celles de sa compagnie d'assurance, si vous les connaissez ;
- **concernant l'accident** : indiquez la date, l'heure et le lieu, les causes ou circonstances de l'accident, ses conséquences (vos blessures ou l'arrêt de travail éventuel) et, s'il y a lieu, le nom des témoins ou une procédure judiciaire en cours.

Pensez également à informer votre médecin et les autres professionnels de santé que vous consultez suite à cet accident. Ils cocheront la case « Accident causé par un tiers » sur votre feuille de soins et indiqueront la date de l'accident.

VOS DÉMARCHES EN CAS DE PROLONGATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

Vous devez accomplir les mêmes formalités et dans les mêmes délais que pour l'arrêt initial, c'est-à-dire envoyer l'avis de prolongation d'arrêt de travail à votre CPAM et à votre employeur dans un délai de 48 heures.

À savoir ! Seul le médecin qui vous a prescrit votre premier arrêt de travail, votre médecin traitant ou leur(s) remplaçant(s) peuvent prolonger votre arrêt de travail.

Exceptions ! La prescription par un autre médecin est cependant autorisée dans les cas suivants :

- par un médecin spécialiste (autre que celui qui vous a prescrit votre premier arrêt de travail), si vous l'avez consulté à la demande de votre médecin traitant ;
- par le médecin consulté à l'occasion d'une hospitalisation ;
- par tout autre médecin, si le médecin prescripteur du premier arrêt de travail ou votre médecin traitant ou leur(s) remplaçant(s) ne sont pas disponibles.

VOS OBLIGATIONS

Important ! Lors de votre arrêt maladie, vous devez :

- suivre les prescriptions de votre médecin,
- vous soumettre aux contrôles médicaux organisés par votre employeur et/ou par le service du contrôle médical de votre CPAM,
- respecter les heures de sortie et de présence autorisées mentionnées sur votre avis d'arrêt de travail,
À savoir ! Votre médecin peut vous autoriser à vous absenter de votre domicile durant votre arrêt de travail. Toutefois, vous devez tout de même être présent à votre domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.
- vous abstenir de toute activité, rémunérée ou non, sauf autorisation du médecin,
- ne pas changer de résidence, sauf autorisation préalable de votre CPAM.



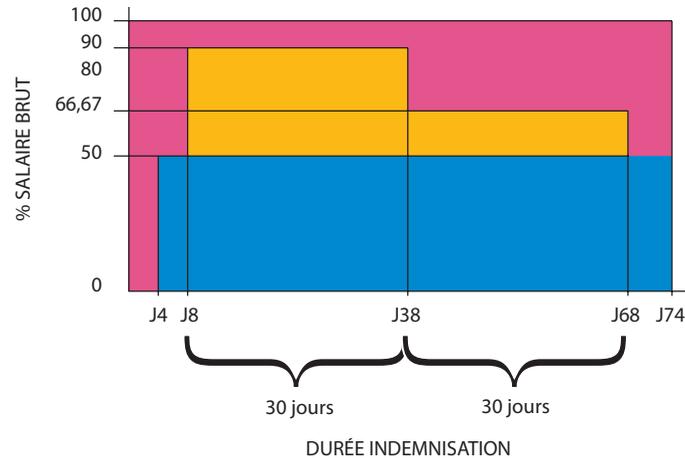
VOS DROITS RELATIFS À VOTRE RÉMUNÉRATION

Lors de votre arrêt de travail, votre salaire ne vous est plus versé par votre employeur. Toutefois, pour compenser cette perte, vous bénéficiez (sous réserve de remplir les conditions) :

- des indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- des indemnités complémentaires de votre employeur ;
- et éventuellement des indemnités supplémentaires prévues par le contrat de prévoyance de votre entreprise.

À savoir ! Votre employeur doit communiquer une attestation de salaire à votre CPAM en vue du paiement des indemnités journalières.

Vous recevez alors tout ou partie de votre salaire :



Indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS)

Les indemnités journalières correspondent à l'indemnisation versée par l'Assurance maladie lors d'un arrêt de travail suite à une maladie ou un accident. Elles sont destinées à compenser une partie de la perte de salaire occasionnée du fait de votre absence de l'entreprise.

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES IJSS

Pour avoir droit aux indemnités journalières, vous devez remplir des conditions liées :

- soit au nombre d'heures travaillées,
- soit au montant des cotisations salariales maladie.

En cas d'arrêt de travail inférieur à 6 mois, vous devez :

- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail,
- OU avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail supérieur à 6 mois, vous devez :

- avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt dont 200 heures de travail au cours des 3 premiers mois,
- OU avoir cotisé sur 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

MONTANT DES IJSS

Plusieurs critères entrent dans le calcul des indemnités :

- la durée de l'arrêt maladie,
- le montant de votre salaire,
- votre situation familiale.

Le montant des IJ correspond à 50% du gain journalier de base dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur.

Le salaire de base correspond à la moyenne :

- de vos trois derniers mois de salaires bruts,
- des 12 derniers mois de salaires bruts si vous exercez une activité discontinuée.

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de 75 euros, votre indemnité journalière sera de 37,50 euros par jour.

Cas particulier ! Majoration pour enfant à charge

Si vous avez trois enfants à charge ou plus ET que l'arrêt de travail est supérieur à 30 jours, vous recevrez un peu plus. À compter du 31^{ème} jour, vous recevrez les 2/3 (66,66%) du gain journalier de base.

DURÉE DU VERSEMENT DES IJSS

Les indemnités journalières sont versées dès le 4^{ème} jour d'arrêt de travail, c'est-à-dire après un délai de carence (délai de latence) de 3 jours (jours d'ouverture de l'entreprise). Les trois premiers jours ne sont donc pas indemnisés par l'Assurance maladie mais peuvent l'être par votre employeur (selon la convention collective).

À savoir ! Le délai de carence ne comprend pas la journée au cours de laquelle vous avez interrompu votre travail, lorsque celle-ci a été payée.

Vous pouvez bénéficier de 360 indemnités journalières sur une période maximale de trois ans.

À savoir ! Les IJ sont dues pour chaque jour d'arrêt de travail (y compris les samedis, dimanches et jours fériés).

Le versement des indemnités journalières prend fin soit :

- à la date de reprise du travail, totale ou partielle,
- à la date de rupture du contrat de travail,

- à la date de l'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- au jour du décès.

À savoir ! Conservez vos relevés d'indemnités journalières sans limitation de durée, tout comme vos bulletins de salaire : ils valident également vos droits à la retraite.

★ **Votre contact :** votre CPAM

Indemnités complémentaires

Versées par votre employeur, ces indemnités viennent compléter les indemnités journalières de Sécurité sociale que vous recevez de votre CPAM.

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE CE COMPLÉMENT DE SALAIRE

Vous devez :

- fournir un certificat médical qui constate l'incapacité,
- adresser l'arrêt de travail dans les 48 heures à votre employeur,
- avoir un an d'ancienneté dans l'entreprise,
- être pris en charge par l'Assurance maladie,
- être soigné sur le territoire français ou au sein de l'Union européenne.

À savoir ! Cette indemnité n'est pas applicable aux travailleurs saisonniers, intermittents, travailleurs à domicile et intérimaires.

MONTANT DES INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES

Les indemnités complémentaires sont versées après un délai de carence de 7 jours.

Leur montant et la durée de versement varient en fonction de votre ancienneté.

Lorsque des indemnités complémentaires sont versées par votre employeur, vous bénéficiez alors (en comptant les indemnités journalières de Sécurité sociale) de :

- 90% de votre salaire brut pendant 30 jours à partir du 8^{ème} jour (voir le schéma ci-dessus),
- des 2/3 de votre salaire brut les 30 jours suivants.

Ces temps d'indemnisation sont augmentés de 10 jours par période de 5 ans d'ancienneté supplémentaire, dans la limite de 90 jours.

ancienneté	indemnisation à 90% du traitement de base	indemnisation à 66,66% du traitement de base
1 à 6 ans	30 jours	30 jours suivants
6 à 10 ans	40 jours	40 jours suivants
11 à 15 ans	50 jours	50 jours suivants
16 à 20 ans	60 jours	60 jours suivants
21 à 25 ans	70 jours	70 jours suivants
26 à 30 ans	80 jours	80 jours suivants
31 ans et plus	90 jours	90 jours suivants

À savoir ! En contrepartie du versement de ces indemnités complémentaires (maintien de salaire) ; votre employeur a le droit de faire procéder à un contrôle médical.

★ **Vos contacts :** votre employeur et vos DP

Indemnités supplémentaires

Certaines conventions collectives prévoient des conditions d'indemnisation encore plus avantageuses : maintien total du salaire, indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail, indemnisation pendant une cure thermale... Vous pouvez obtenir la convention qui vous concerne auprès de votre Direction des Ressources Humaines.

À savoir ! Ces prestations ne doivent pas entraîner une indemnité supérieure au salaire perçu au moment de l'arrêt de travail.

★ **Vos contacts :** votre employeur et vos DP

VOS DROITS RELATIFS À VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Protection contre le licenciement

Il est interdit de licencier un salarié en raison de son état de santé (art. L. 1132-1 C. trav.). Toutefois, il est possible de recourir au licenciement d'un salarié dont l'absence prolongée ou les absences répétées perturbent le fonctionnement de l'entreprise.

RTT, congés payés et titres restaurant – des droits liés aux périodes travaillées

Arrêt maladie et réduction du temps de travail (RTT)

Si vous êtes malade alors que vous auriez dû être en RTT, cette RTT n'est pas perdue. Vous pourrez en bénéficier après votre retour dans l'entreprise.





Vous êtes en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP)

★ Maladie professionnelle

Une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle (définition de l'INRS, Maladies professionnelles, guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole, ED 835, 2008).

★ Accident du travail

L'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale qualifie d'accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à tout travailleur en situation de subordination.

VOS DÉMARCHES EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL À VOTRE EMPLOYEUR

En cas d'accident de travail, vous devez informer votre employeur, dans les 24 heures, des circonstances et lieu de l'accident.

Ce dernier doit ensuite, dans les 48 heures suivantes, déclarer l'accident à votre CPAM par lettre recommandée avec accusé de réception. L'employeur n'a pas à apprécier le caractère professionnel de l'accident mais il peut tout de même émettre des réserves motivées dans la déclaration.

DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL À VOTRE CPAM

Faites vous délivrer par le premier médecin qui vous a examiné après l'accident un certificat médical initial qui doit mentionner toutes les lésions constatées, même si elles paraissent minimes de premier abord. Ce certificat est composé de 4 volets.

Vous devez :

- adresser les volets 1 et 2 à votre CPAM,
- conserver le volet 3,
- en cas d'arrêt de travail, envoyer le volet 4 à votre employeur.

À savoir ! Votre CPAM dispose de 30 jours, à compter de la réception de la déclaration d'accident et du certificat médical pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de votre accident. Si le dossier est complexe, un délai supplémentaire de 2 mois peut être nécessaire pour la CPAM. Si le caractère professionnel de l'accident n'est pas reconnu, vous pouvez contester la décision.

Certificat d'arrêt de travail

Si votre état de santé nécessite un arrêt de travail, le médecin vous délivrera un certificat d'arrêt de travail qui correspond au 4^{ème} volet du « Certificat médical initial », à remettre à votre employeur.

★ **Vos contacts :** votre employeur et votre CPAM

VOS DÉMARCHES EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DÉCLARER LA MALADIE PROFESSIONNELLE À VOTRE CPAM

Dès lors que votre médecin suspecte que votre maladie est d'origine professionnelle, il vous délivre un certificat médical initial, composé de 4 volets, qui doit mentionner toutes les lésions constatées. Vous devez :

- adresser les volets 1 et 2 à votre CPAM,



- conserver le volet 3,
- adresser le 4^{ème} volet à votre employeur en cas d'arrêt de travail.

Vous devez également adresser à votre CPAM une attestation de salaire obtenue auprès de votre employeur.

Attention ! Vous avez deux ans pour envoyer votre dossier à compter du début de votre cessation d'activité pour maladie ou de la date du certificat médical vous informant du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.

À savoir ! Votre CPAM dispose d'un délai de 3 mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de maladie professionnelle pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie et rendre sa décision. Ce délai peut être complété d'un délai de 3 mois supplémentaires, lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire.

DÉCLARER LA MALADIE PROFESSIONNELLE À VOTRE EMPLOYEUR

C'est la CPAM qui adresse à l'employeur une copie de la déclaration de maladie professionnelle. Celui-ci peut émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel de la maladie.

Si votre maladie nécessite un arrêt de travail, vous devrez adresser à votre employeur le volet 4 du certificat médical initial dans les 48 heures.

★ **Vos contacts :** votre employeur et votre CPAM

VOS DÉMARCHES EN CAS DE PROLONGATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas de prolongation de votre arrêt de travail, vous devez accomplir les mêmes formalités et dans les mêmes délais que pour l'arrêt initial. Ainsi, vous devez envoyer votre avis de prolongation d'arrêt de travail à votre CPAM et à votre employeur dans un délai de 48 heures.

À savoir ! Seul le médecin qui vous a prescrit votre premier arrêt de travail, votre médecin traitant ou leur(s) remplaçant(s) peuvent prolonger votre arrêt de travail. La prescription par un autre médecin est cependant autorisée dans les cas suivants :

- par un médecin spécialiste (autre que celui qui vous a prescrit votre premier arrêt de travail), si vous l'avez consulté à la demande de votre médecin traitant ;
- par le médecin consulté à l'occasion d'une hospitalisation ;
- par tout autre médecin, si le médecin prescripteur du premier arrêt de travail ou votre médecin traitant ou leur(s) remplaçant(s) ne sont pas disponibles.

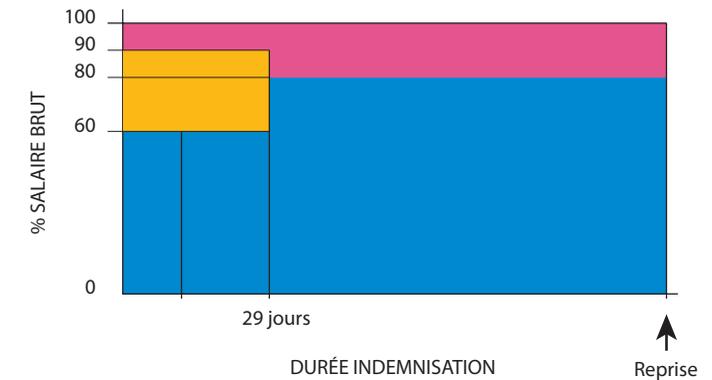
★ **Vos contacts :** votre employeur et votre complémentaire santé

VOS DROITS RELATIFS À VOTRE RÉMUNÉRATION (idem AT/MP)

Lors de votre arrêt de travail, votre salaire ne vous est plus versé par votre employeur. Toutefois, pour compenser cette perte, vous bénéficiez (sous réserve de remplir les conditions) :

- des indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- des indemnités complémentaires de votre employeur ;
- éventuellement des indemnités supplémentaires prévues par le contrat de prévoyance complémentaire de votre entreprise.

Vous recevez alors tout ou partie de votre salaire :



Indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS)

Ces indemnités journalières correspondent à l'indemnisation versée par l'Assurance maladie lors d'un arrêt de travail suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Elles sont destinées à compenser une partie de la perte de salaire occasionnée du fait de votre absence de l'entreprise.

MONTANT DES INDEMNITES JOURNALIÈRES

Il est supérieur à celui des indemnités versées dans le cadre d'un arrêt maladie « classique ».

L'indemnité journalière est ici calculée à partir du salaire brut du mois précédant votre arrêt de travail.

Son montant évolue dans le temps.

- Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de votre travail : l'indemnité journalière est égale à 60 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné révisable chaque année.
- À partir du 29^e jour d'arrêt de travail : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné révisable chaque année.

- Au-delà de trois mois d'arrêt de travail : votre indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires après l'accident.

À savoir ! Les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant.

DURÉE DE VERSEMENT

Les indemnités journalières vous seront versées à partir du lendemain du jour de l'accident de travail, c'est-à-dire depuis le premier jour qui suit l'arrêt de travail et pendant toute la durée de cet arrêt.

À savoir ! Le salaire de la journée de l'accident est entièrement dû par votre employeur

À noter ! Si le caractère professionnel de votre accident ou de votre maladie n'a pas encore été reconnu par votre CPAM mais que vous êtes en arrêt de travail, les indemnités journalières vous seront alors versées comme pour un arrêt maladie classique et seront donc calculées comme telles (**voir précédemment**).

À savoir ! Les IJSS sont versées à condition que vous respectiez les obligations liées à tout arrêt de travail.

VOS DÉMARCHES

Votre employeur doit remplir le formulaire « Attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle » et l'adresser à votre CPAM. Ce document est nécessaire pour calculer le montant de vos indemnités journalières.

À savoir ! Cette attestation de salaire peut être effectuée en ligne par votre employeur sur le site www.net-entreprises.fr.

★ **Votre contact :** votre CPAM

Indemnités complémentaires

Comme dans le cas d'un arrêt de travail pour maladie non professionnelle et dans les mêmes conditions, votre employeur doit vous verser des indemnités complémentaires.

À noter ! Ces indemnités complémentaires sont versées dès le premier jour d'absence.

★ **Vos contacts :** votre employeur et vos DP

Indemnités supplémentaires

Certaines conventions collectives prévoient des conditions d'indemnisation encore plus avantageuses: maintien total du salaire, indemnisation dès le premier jour d'arrêt, indemnisation pendant une cure thermale, etc.

À savoir ! Ces prestations ne doivent pas entraîner une indemnité supérieure au salaire perçu au moment de l'arrêt de travail.

★ **Vos contacts :** votre employeur et vos DP

VOS DROITS RELATIFS À VOS REMBOURSEMENTS

Les soins liés à votre accident du travail ou maladie professionnelle

MONTANT DES PRISES EN CHARGE

Tous les soins médicaux et chirurgicaux liés à votre accident du travail ou votre maladie professionnelle sont intégralement remboursés, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Sont couverts à 100 % :

- les soins de ville (effectués en cabinet, dispensaire, centres de soins ou consultations externes à l'hôpital),
- l'hospitalisation,
- les transports sanitaires médicalement justifiés.

Sont couverts à 150 % :

- les prothèses dentaires,
- certains produits d'appareillage comme les fauteuils roulants, le petit appareillage orthopédique...

À savoir ! Ces pourcentages correspondent au tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale et non pas au prix réel que vous payez.

DÉMARCHE

En cas d'accident du travail

Lorsque vous lui avez déclaré l'accident de travail, l'employeur vous a remis une feuille d'accident du travail. Ce document vous dispense de toute avance de frais. Pour cela, vous devez le présenter lors de chaque consultation médicale liée à votre accident de travail. Il vous ouvre une prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à votre accident, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie.

En cas de maladie professionnelle

C'est votre CPAM qui, dès réception de votre dossier, va vous adresser ce document.

Important ! Si votre accident ou votre maladie n'a pas été reconnu(e) professionnel(le), vous devez rendre cette feuille à votre CPAM.

★ **Vos contacts :** votre employeur et votre CPAM





VOS DROITS RELATIFS À VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Ancienneté

La période d'arrêt de travail par suite d'un accident du travail ou maladie professionnelle est prise en compte dans le calcul de l'ancienneté.

Congés payés

Si suite à votre arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle, vous n'avez pas pu prendre vos congés payés annuels sur l'année, ceux-ci doivent être reportés après la date de reprise du travail.

Protection contre le licenciement

Pendant l'arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle, votre employeur ne peut pas vous licencier sauf en cas de faute grave ou d'impossibilité de maintenir le contrat pour un motif étranger à l'accident.

★ **Votre contact** : votre employeur

VOS DROITS RELATIFS À VOTRE RETOUR DANS L'ENTREPRISE

Visite de reprise

Dès la fin de votre arrêt de travail, vous êtes dans l'obligation de reprendre votre activité professionnelle. Une visite médicale de reprise du travail est obligatoire en cas d'absence d'au moins 30 jours.

Sous certaines conditions, votre temps de travail peut être aménagé pour raison thérapeutique : vous reprenez alors à temps partiel ([pour plus d'informations sur le sujet, se reporter à la plaquette Temps partiel thérapeutique, disponible sur le site de la CFTC \[www.cftc.fr\]\(http://www.cftc.fr\)](#)).

Si vous êtes reconnu inapte, l'employeur a l'obligation de vous reclasser.

À savoir ! Si lors de votre visite de reprise, le médecin du travail vous déclare inapte temporairement à la reprise de votre poste, vous pouvez bénéficier, de la part de l'Assurance maladie, d'une indemnité temporaire d'inaptitude pour une durée d'un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude, sous réserve de remplir les conditions d'attribution et de ne percevoir aucune rémunération au cours de cette période.

★ **Votre contact** : votre employeur

VOS DÉMARCHES À LA FIN DES SOINS

LE CERTIFICAT MÉDICAL FINAL

À la fin de la période de soins et, éventuellement, de votre arrêt de travail, votre médecin traitant doit établir un « certificat médical final » indiquant les conséquences de l'accident ou de la maladie.

Ce certificat médical final indique :

- une guérison, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions ;
- OU une consolidation, lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent pour lequel un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Ce certificat médical final est composé de 4 volets.

Vous devez alors :

- adresser les volets 1 et 2 à votre CPAM,
- conserver le volet 3,
- adresser à votre employeur, en cas de reprise du travail, le volet 4 « Certificat d'arrêt de travail » dans lequel votre médecin aura indiqué la date de reprise de votre travail.

★ **Votre contact** : votre CPAM

VOS DROITS SUITE À LA DELIVRANCE DU CERTIFICAT MÉDICAL FINAL

La rente d'incapacité

Si le certificat médical final indique une consolidation, la CPAM pourra déclencher la procédure d'attribution d'une rente d'incapacité. Vous serez alors convoqué(e) par le service médical de votre CPAM pour y être examiné(e) par un médecin conseil.

Trois situations peuvent alors être constatées par le médecin :

- Vos séquelles justifient un **taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 10%** :
Vous pourrez alors bénéficier de la rente d'incapacité, dont le montant est variable suivant votre degré d'incapacité et votre salaire de l'année précédente (rente trimestrielle versée à vie).
- Votre **taux d'incapacité permanente est inférieur à 10%** :
Vous avez droit à une indemnité en capital. Son montant est forfaitaire et variable selon votre taux d'incapacité (capital unique).
- Il n'existe pas de séquelles indemnisables.

★ **Votre contact** : votre CPAM

EN CAS DE RECHUTE

Après une guérison ou une consolidation, une rechute peut entraîner un nouveau traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

On considère comme une rechute un fait nouveau qui nécessite un traitement (différent d'un éventuel traitement d'entretien des séquelles) et qui est en rapport avec les séquelles de l'accident ou la maladie.

Attention ! Il faut bien distinguer la rechute :

- de l'aggravation des séquelles, qui ne justifie pas de modification de traitement ni d'arrêt de travail mais peut amener à réviser le taux d'incapacité ;
- des accidents successifs avec les mêmes symptômes (par exemple des lumbagos récidivants) qui surviennent à l'occasion de nouveaux efforts pendant le travail. On considère que ce sont de nouveaux accidents du travail.

Dans une telle situation, votre médecin traitant établit un « Certificat médical de rechute » que vous devrez envoyer à votre CPAM.

Ce certificat indique la nature des lésions constatées, ainsi que la date de votre accident de travail ou de votre maladie professionnelle.

Si la rechute est reconnue comme telle par votre CPAM, vous bénéficiez alors des mêmes droits que précédemment (indemnités journalières, dispense d'avance de frais, prise en charge des soins à 100% ou 150%...). À l'issue de la période de rechute, votre médecin établit un Certificat médical final, fixant une date de guérison ou de consolidation.

★ **Votre contact** : votre CPAM

EN CAS DE DÉCÈS

Si la personne décède des suites de son accident du travail, **les frais funéraires** sont remboursés partiellement par la CPAM.

Les proches peuvent bénéficier d'**une rente**.

Pour le conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, la rente sera de 40% du salaire annuel de base à condition :

- que le mariage ait été contracté, que la situation de concubinage ait été établie ou que le Pacs ait été conclu avant la date de l'accident du travail,
- qu'ils l'aient été au moins deux ans avant la date de décès.

À savoir ! Ces conditions ne sont pas exigées lorsque l'assuré et son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacs ont au moins un enfant.

★ **Votre contact** : votre CPAM





Focus

TPE

Quelles spécificités si vous êtes en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle et que vous êtes salarié(e) d'une Très Petite Entreprise (moins de 10 salariés) ?

Vous bénéficierez des droits définis par la loi dans les mêmes conditions que les salariés des grandes entreprises. Par contre, si vous ne bénéficiez pas d'une convention collective ni d'une complémentaire santé, vous ne bénéficierez pas du maintien total de votre salaire, ni d'indemnités supplémentaires, qui vous permettraient de maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille.

Notes

Area with horizontal dotted lines for taking notes.



Vous souffrez d'une maladie chronique

Prise en charge des affections de longue durée (ALD)

★ Qu'est ce qu'une ALD ?

Il s'agit d'une maladie qui nécessite un suivi et des soins continus et coûteux pendant plus de six mois. Pour la définir, on ne se base pas sur un critère de gravité de la maladie mais sur des critères de durée et de coût.

PROTOCOLE DE SOINS POUR ALD

Démarches à effectuer pour obtenir le statut d'ALD

L'ALD est constatée par votre médecin traitant. Il établit un protocole de soins que vous envoyez ensuite au médecin-conseil de votre CPAM qui étudie la demande.

Ce protocole indique :

- les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge et au suivi de votre maladie,
- les soins et les traitements pris en charge à 100 % et ceux qui sont remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale (ex : les spécialités pharmaceutiques non inscrites sur la liste des médicaments remboursables),
- les autres praticiens qui vous suivront dans le cadre du traitement de votre maladie, ainsi que leur spécialité. Vous pourrez ainsi consulter directement ces médecins, sans passer par votre médecin traitant.

Il est possible que vous soyez convoqué par le médecin conseil afin qu'il prenne la décision concernant votre cas. Une réponse est adressée à votre médecin dans un délai moyen de 8 à 15 jours. En cas d'avis favorable, il reçoit une attestation en double exemplaire mentionnant l'ALD et vous remet une copie. Vous devrez présenter cette attestation aux différents médecins que vous serez amené à consulter dans le cadre de votre ALD.

À savoir ! Si vous êtes atteint de plusieurs maladies ouvrant droit à l'ALD, toutes doivent figurer et être regroupées par votre médecin traitant sur le même protocole de soins avec la liste des soins nécessaires.

Conseil ! Pensez à mettre votre carte vitale à jour !

★ Médecin traitant, médecin conseil : quelle différence ?

Le médecin traitant est un médecin spécialiste ou généraliste que chaque assuré doit choisir dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il coordonne l'ensemble des soins reçus par son patient, l'oriente vers un médecin spécialiste « correspondant » ou un service hospitalier et centralise les informations : résultats d'examens, traitements. Il dispose ainsi d'une vision globale de l'état de santé de son patient.

Le médecin conseil de la Sécurité sociale est un médecin qui travaille au sein du service du contrôle médical de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Il a notamment pour mission de constater les abus en matière de soins, prescriptions et arrêts de travail ou encore d'accompagner les assurés et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des affections de longue durée (ALD).

Durée de la prise en charge

Le protocole est établi pour une durée déterminée (un, deux ou trois ans) précisée par le médecin-conseil. Votre médecin traitant met à jour le protocole de soins en fonction de votre état de santé et des avancées thérapeutiques.

LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

Les ALD sont classées en 2 catégories : les ALD exonérantes et les ALD non exonérantes.

Les ALD exonérantes

Les soins sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie (sur la base du tarif Sécurité sociale c'est-à-dire sans les dépassements d'honoraires).



Vous n'avez pas non plus à payer le ticket modérateur (la part non prise en charge habituellement par l'Assurance maladie).

Attention ! L'exonération du ticket modérateur ne concerne que les soins en rapport avec l'ALD. Si vous souffrez en plus d'une autre maladie, il restera à votre charge.

Cette catégorie regroupe 3 catégories d'ALD :

- **les ALD listées par décret** (art. D. 322-1 C. séc.soc.) : le SIDA, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires...
- **les affections dites « hors liste »** : il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD, mais comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère) ; votre médecin traitant pourra vous dire si votre affection est considérée « hors liste » ;
- **les polyopathologies invalidantes** : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections entraînant un état invalidant ; ces maladies nécessitent des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (par exemple : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels).

Les ALD non exonérantes

Ce type d'ALD ne donne pas droit à l'exonération du ticket modérateur. Les soins dispensés dans le cadre de cette pathologie sont donc remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Remboursement en cas d'ALD exonérante	Montant de l'indemnité Remboursement en cas d'ALD non exonérante
<p>Soins en lien avec l'ALD : 100% y compris pour les médicaments "de confort" (vignette bleue), remboursés normalement à 35%.</p> <p>Déplacement : 100%, quel que soit le mode de transport utilisé. Le médecin indique le mode de transport correspondant à votre état de santé et à votre degré de mobilité sur l'imprimé de « Prescription médicale de transport ».</p> <p>Exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none">• les dépassements d'honoraires ;• pour les dispositifs médicaux : la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance maladie et le prix pratiqué par votre fournisseur (prix de vente) ;• la participation de 1 euro ;• la franchise médicale ;• le forfait hospitalier, c'est-à-dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée ;• les actes et prestations non prévus au remboursement (ex : les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments remboursables).	<p>Soins en lien avec l'ALD : tarifs habituels de la Sécurité sociale</p> <p>Déplacement : 65%</p> <p>Transport et séjour en cure thermale : 65%</p>

Conseil ! Votre complémentaire santé peut prévoir le remboursement des restes à charge, renseignez vous auprès d'elle.

★ À savoir ! L'ordonnance bizonne

Quand vous êtes en ALD, vos médecins établissent une ordonnance spécifique : l'ordonnance bizonne.

- La partie supérieure de l'ordonnance est réservée aux soins et traitements en rapport avec votre ALD et qui sont pris en charge à 100%.
- La partie basse concerne les prescriptions pour les autres maladies. Celles-ci ne sont pas prises en charge à 100% par l'Assurance maladie mais sont remboursées aux taux habituels.

★ **Votre contact** : votre CPAM

Prise en charge des cures thermales

★ **À savoir !** Ne confondons pas thermalisme et thalassothérapie :

- la thalassothérapie propose des prestations exclusivement préventives et de bien-être qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie,
- le thermalisme délivre des soins contre des maladies chroniques, qui peuvent être remboursés par l'Assurance maladie.

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge de votre cure thermale, il faut :

- que vous soyez assuré(e) social(e), c'est-à-dire affilié(e) au régime général ;
- que vous ayez une prescription :
 - de votre médecin ou de votre chirurgien-dentiste pour les affections des muqueuses bucco-linguales ;
 - motivée par une affection ou une pathologie figurant sur la liste ci-dessous :
 - affections des muqueuses bucco-linguales ;
 - affections digestives ;
 - affections psychosomatiques ;
 - affections urinaires ;
 - dermatologie ;
 - gynécologie ;
 - maladies cardio-artérielles ;
 - neurologie ;
 - phlébologie ;
 - rhumatologie ;
 - troubles du développement chez l'enfant ;
 - voies respiratoires.
 - précisant le nombre de séances de soins.
- que vous effectuiez la cure dans un établissement public ou privé agréé et conventionné par l'Assurance maladie. Renseignez-vous auprès de l'établissement qui effectue la cure ou auprès de votre médecin traitant.
- que la cure soit fixée à dix-huit jours de traitements effectifs.
- que la cure soit suivie intégralement sauf interruption par le médecin conseil ou en cas d'empêchement majeur de votre part. Une cure interrompue ne pourra donner lieu à aucun remboursement, sauf en cas de force majeure ou pour raisons médicales.

À savoir ! L'Assurance maladie ne prend en charge qu'une seule cure thermale pour la même affection dans la même année civile.

Conseil ! Pensez à demander dès maintenant à votre complémentaire santé les conditions de prise en charge de votre cure thermale (les restes à charge, les repas, les soins dits de « confort »...).

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie

Si vous remplissez les conditions, vous bénéficiez d'une prise en charge :

- des frais médicaux liés à votre cure thermale, c'est-à-dire :
 - les frais des soins thermaux proprement dits,
 - les frais de surveillance médicale par le médecin du centre thermal ;
- des frais d'hébergement (sous conditions de ressources) ;
- des frais de transport (sous conditions de ressources).

Ce qui est pris en charge		Montant du remboursement	Document à apporter
Frais médicaux			
Forfait thermal	Les soins et traitements proprement dits de la cure.	65 %	Le volet « Forfait thermal » vous dispensera de l'avance de frais.
Forfait de surveillance médicale	Votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant votre cure ET se rapportant directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale.	70 %, du tarif conventionnel fixé à : <ul style="list-style-type: none"> • 64,03 euros pour un médecin conventionné ; • 74,03 euros pour un médecin ayant souscrit un contrat de bonne pratique de surveillance thermale ; • 6,86 euros pour un médecin non conventionné. 	Volet « Honoraires médicaux » pour obtenir le remboursement des frais.
Frais d'hébergement			
Selon conditions de ressources (ex : revenus annuels 2010 < 14 664,38 € pour une personne seule). Ce plafond est majoré de 50 % pour votre conjoint et pour chaque ayant droit à votre charge.		65 % d'un forfait fixé par l'Assurance maladie.	
Frais de transport			
Pour vous		65 % sur la base du tarif du billet SNCF d'un aller/retour en 2 ^e classe, dans la limite des dépenses réellement engagées (peu importe le mode de transport que vous utilisez).	
Pour votre accompagnant		Idem si : vous ne pouvez pas vous déplacer seul en raison de votre âge ou de votre état de santé ET vos propres frais de transport sont pris en charge par l'Assurance maladie.	





Les frais qui restent à votre charge

Les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie sont :

- **le ticket modérateur** : c'est la part des frais médicaux non prise en charge par l'Assurance maladie. Il peut en revanche être couvert par votre organisme de complémentaire santé/mutuelle. L'établissement thermal doit vous informer avant votre arrivée ou sur place du montant de vos restes à charge.
- **les soins de bien-être**, dits «de confort» (ex : massage non prescrit),
- **les repas** durant le séjour de cure,
- **l'hébergement** si vos ressources dépassent le plafond.

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En principe, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à une indemnisation de la Sécurité sociale (indemnités journalières) pour compenser la perte de salaire, sauf si vos ressources sont inférieures à un certain plafond. Auquel cas, ces indemnités ne sont versées qu'à partir du 4^e jour d'arrêt de travail.

À savoir ! Si vous étiez en arrêt de travail indemnisé avant le début de votre cure thermale, le versement de vos indemnités journalières se poursuit, quelles que soient vos ressources.

CAS PARTICULIERS

Votre situation	Prise en charge des frais médicaux	Prise en charge des frais de transport et d'hébergement
Cure liée à une affection de longue durée (ALD)	100% sur la base du tarif conventionnel	Sans condition de ressources, 100% sur la base du tarif conventionnel
Cure liée à un accident du travail ou maladie professionnelle	100% sur la base du tarif conventionnel	Sans condition de ressources, 100% sur la base du tarif conventionnel
Cure avec hospitalisation	identique à une cure « ordinaire » + 80% des frais d'hospitalisation	Sans condition de ressources pour les frais d'hébergement, sur la base du tarif conventionnel et identique à une cure « ordinaire » pour les frais de transport Les indemnités journalières sont versées sans conditions de ressources.

DÉMARCHES

Avant votre départ en cure, vous devez :

- demander une prescription médicale à votre médecin,
- faire une demande de prise en charge auprès de votre CPAM, c'est-à-dire lui adresser :
 - le questionnaire complété par le médecin qui vous prescrit la cure (indications de l'affection, de la station thermale choisie...);
 - la déclaration de ressources que vous aurez remplie, en y joignant les justificatifs ; en fonction de cette déclaration, vous pourrez bénéficier de la prise en charge des frais de transport et d'hébergement et percevoir des indemnités journalières ;
- choisir un centre thermal agréé,
- réserver votre séjour auprès de la station thermale.

Après étude de votre dossier, vous recevrez de la part de votre CPAM un formulaire de prise en charge intitulé « Prise en charge administrative de cure thermale et facturation ». Ce formulaire comporte deux ou trois volets, selon votre situation :

- le volet « Honoraires médicaux » qui sera à remettre au médecin thermal,
- le deuxième volet « Forfait thermal » qui sera à remettre à l'établissement thermal,
- le troisième volet « Frais de transport et d'hébergement » qui vous sera adressé si vos ressources sont supérieures au plafond de ressources fixé par l'Assurance maladie chaque année : ce document sera à adresser à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie dès votre retour de cure.

À savoir ! Le formulaire de prise en charge de la cure thermale peut servir de justificatif d'arrêt de travail auprès de votre employeur.

★ **Vos contacts** : votre CPAM et votre complémentaire santé



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing, organized into three columns. The first column is on the left, the second in the middle, and the third on the right. Each column contains approximately 20 lines.



Vous êtes hospitalisé(e)

VOS DÉMARCHES LORS DE VOTRE HOSPITALISATION

Lors de votre arrivée à l'hôpital ou clinique, vous devez vous rendre au bureau des admissions et fournir les documents suivants :

- votre carte vitale et l'attestation accompagnant cette dernière,
- une pièce d'identité en cours de validité,
- votre carte de mutuelle, si vous en avez une,
- tout document justifiant d'une situation particulière : attestation d'affiliation à la couverture maladie universelle (CMU), carnet de maternité, « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » remise par votre employeur ou par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie...
- l'attestation de déclaration de votre médecin traitant (dans le cadre du parcours de soins coordonné),
- le cas échéant, le dossier que vous a remis votre médecin traitant ou hospitalier (lettre, radios, compte-rendu d'examen, d'analyse, etc.).

Conseil ! Si vous n'avez pas encore choisi l'établissement de santé, renseignez-vous sur les tarifs des établissements de santé en consultant le service ameli-direct (rubrique « Services en ligne »).

VOS DÉMARCHES CONCERNANT VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL

Votre hospitalisation nécessite un arrêt de travail. Comme pour tout arrêt de travail, vous devez adresser à votre employeur et à votre CPAM, dans les 48 heures suivants votre hospitalisation le bulletin de situation ou d'hospitalisation qui vous a été remis par le bureau d'admission de l'établissement de santé. Ce bulletin fait office d'avis d'arrêt de travail.

À savoir ! Si votre état de santé ne vous permet pas de respecter ce délai de 48 heures, l'établissement de santé peut effectuer les démarches nécessaires à votre place.

VOS DÉMARCHES À LA FIN DE VOTRE HOSPITALISATION

Lorsque vous quittez l'établissement de santé, vous recevez un bon de sortie que vous devez adresser à votre CPAM dans les plus brefs délais. Ce bulletin de sortie met fin à votre arrêt de travail.

Toutefois, si votre état de santé nécessite un nouvel arrêt de travail, le médecin hospitalier ou votre médecin traitant vous prescrira un nouvel arrêt de travail que vous devrez adresser, dans les 48 heures, à votre CPAM et à votre employeur.

VOS DROITS RELATIFS À VOTRE RÉMUNÉRATION

Indemnités compensatrices de salaire

Vous bénéficiez des mêmes droits lorsque vous êtes en arrêt de travail pour hospitalisation qu'en cas d'arrêt de travail pour maladie.

Pour connaître vos droits et démarches, voir précédemment la partie « Vous êtes en arrêt de travail pour maladie ».

Vous pouvez également toucher une indemnité compensatrice de salaire, dans les mêmes conditions, si vous accompagnez une personne malade, laquelle en raison de son état de santé ou de son jeune âge ne peut se déplacer seule (aucun lien de parenté n'est exigé).

★ **Vos contacts :** votre employeur et votre CPAM



VOS DROITS RELATIFS À LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Frais d'hospitalisation

LES FRAIS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les frais d'hospitalisation (c'est-à-dire les frais médicaux) sont en grande partie pris en charge par l'Assurance maladie.

Toutefois, ils dépendent de l'établissement dans lequel vous êtes hospitalisé :

- dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée : à 80 %.
- dans une clinique privée non conventionnée (très peu nombreuses en France) :
 - dans un premier temps, vous devez régler la totalité des frais à la clinique,
 - dans un second temps, l'Assurance maladie vous remboursera 80 % des frais sur la base des tarifs en vigueur. Les dépassements d'honoraires des médecins ne sont pas remboursés.

À savoir ! Vous serez remboursé(e) après avoir envoyé à votre CPAM le bon de sortie remis par l'établissement de soins à la fin de votre hospitalisation.

L'Assurance maladie prend en charge également une partie des soins liés à votre hospitalisation, c'est-à-dire les soins réalisés avant ou après une hospitalisation (ex : consultation chez un anesthésiste).

LES FRAIS QUI RESTENT À VOTRE CHARGE

À votre sortie d'hôpital, vous aurez à régler :

- le montant du ticket modérateur (la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance maladie),
- les éventuels suppléments pour votre confort personnel (ex : chambre individuelle),
- les dépassements d'honoraires médicaux,
- le forfait hospitalier : votre participation financière aux frais d'hébergement entraînés par votre hospitalisation. Pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé, vous êtes redevable de ce forfait.

Conseil ! Pensez à vous renseigner auprès de votre complémentaire santé sur les conditions de prise en charge de votre hospitalisation. Certains frais non remboursés par l'Assurance maladie peuvent l'être par votre mutuelle.

EXCEPTIONS ! LES CAS DE PRISE EN CHARGE À 100 %

Il existe des cas dans lesquels vos frais de santé peuvent être remboursés intégralement par l'Assurance maladie :

- lorsque vous êtes hospitalisé(e) plus de 30 jours consécutifs : votre prise en charge à 100 % débute alors le 31^{ème} jour,
- lorsque vous êtes enceinte et devez être hospitalisée pendant les quatre derniers mois de votre grossesse, pour votre accouchement, ou durant les douze jours suivants,
- pour votre nouveau-né, s'il est hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance,
- lorsque vous êtes hospitalisé(e) en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- lorsque vous êtes hospitalisé(e) en raison d'une affection de longue durée,
- pour votre enfant mineur, s'il est hospitalisé suite à des sévices sexuels,

- lorsque vous percevez une rente pour un accident du travail (avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %) ; vos ayants droit bénéficient eux aussi de cette prise en charge à 100 %,
- lorsque vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension vieillesse qui a remplacé votre pension d'invalidité, ou d'une pension militaire,
- lorsque vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle,
- lorsque vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

À savoir ! La prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie ne s'applique ni au forfait hospitalier ni aux frais de confort personnel.

★ **Vos contacts :** votre CPAM et votre complémentaire santé

Frais de transport

Si vous êtes dans l'obligation de vous déplacer pour recevoir des soins, subir des examens de santé ou vous soumettre à un contrôle médical, vous et vos ayants-droits avez la possibilité de bénéficier d'un remboursement, sous certaines conditions, de vos frais de transports par l'Assurance maladie.

SITUATIONS DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT

Lorsque vous ou vos ayants-droits êtes dans l'obligation de vous déplacer :

- pour recevoir des soins ou des examens : il s'agit alors des transports :
 - liés à une hospitalisation (entrée et sortie),
 - liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
 - ayant pour objet des soins ou des examens en rapport avec une affection de longue durée², si l'assuré présente une incapacité ou une déficience définie par le référentiel de prescriptions fixé par l'arrêté du 23/12/2006,
 - par ambulance, lorsque l'état de la personne le justifie,
 - de longue distance (plus de 150 km),
 - en série (au moins 4 trajets de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, pour un même traitement) ;
- suite à une convocation à un examen ou un contrôle :
 - convocation à une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage,
 - convocation par le service de contrôle médical de la CPAM de votre lieu de résidence,

² Depuis le 1^{er} juin 2011, la prise en charge des frais de transport des assurés en ALD, dans ces conditions, a été restreinte. Elle est réservée aux patients dont l'incapacité ou la déficience ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens.

- convocation du contentieux technique de la sécurité sociale (contestations relatives à l'invalidité ou l'incapacité permanente de travail),
 - convocation par un expert médical (pour une expertise médicale de la Sécurité sociale) ;
 - pour accompagner :
 - un enfant de moins de 16 ans,
 - un malade dont l'état nécessite la présence d'un tiers.
- Attention !** Dans ces deux derniers cas, le médecin doit indiquer sur la prescription médicale la nécessité d'une personne accompagnante.

À savoir ! En cas d'accident de ski, peuvent être pris en charge les frais liés :

- à l'intervention des secours sur les pistes de ski,
- au transport du blessé jusqu'à la structure de soins la plus proche du bas des pistes de ski.

LES TRANSPORTS QUE VOUS POUVEZ UTILISER

Les ambulances, lorsque votre état ou celui de votre ayant-droit nécessite :

- un transport en position allongée ou semi-assise,
- une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
- un brancardage ou un portage,
- un transport dans des conditions stériles.

Les transports assis professionnalisés (Véhicule Sanitaire Léger (VSL), taxi conventionné³) lorsque votre état ou celui de votre ayant-droit :

- nécessite une aide technique (béquille, déambulateur...)

³ Seuls les frais de transport effectué par un taxi conventionné c'est-à-dire ayant conclu une convention avec votre CPAM peuvent faire l'objet d'un remboursement. La liste de ces taxis est disponible sur ameli.fr ou auprès de votre CPAM.

Les taxis conventionnés disposent du logo suivant



- pour vous déplacer,
- nécessite l'aide d'une tierce personne pour vous déplacer ou pour des formalités à accomplir,
- nécessite le respect des règles d'hygiène,
- ou présente des risques d'effets secondaires pendant le transport.

À savoir ! Lorsque votre médecin vous prescrit un transport assis professionnalisé, c'est à vous de choisir d'utiliser soit un taxi conventionné, soit un VSL.

Les transports individuels ou transports en commun (terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière) lorsque votre état autorise la prescription mais ne justifie pas le transport par ambulance ni un transport assis professionnalisé. Il s'agit de situations dans lesquelles vous pouvez vous déplacer par vos propres moyens, sans assistance particulière, seul ou en étant accompagné par une personne de votre entourage.

À savoir ! Si vous êtes déclaré en Affection de Longue Durée (ALD), votre transport individuel ou en commun prescrit par le médecin ne sera pris en charge par l'Assurance maladie que si vous ne présentez ni déficience, ni incapacité.

LES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Une prescription médicale est nécessaire. Elle doit indiquer le moyen de transport le moins onéreux et le plus adapté à votre état de santé. En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori. Si vous êtes convoqué à un contrôle, la convocation tient lieu de prescription.

L'accord préalable du service médical de votre CPAM est, sauf urgence attestée par votre médecin prescripteur, obligatoirement demandé dans les cas suivants :





- les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- les transports en avion ou bateau de ligne régulière.

À savoir ! Si vous n'avez pas obtenu de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande, on considèrera qu'elle est acceptée. En cas de refus, et uniquement dans ce cas, votre CPAM vous adressera un courrier de notification, avec indication des voies de recours.

Le transport doit s'effectuer vers la structure de soins la plus proche.

Important ! Les cas de remboursement sont limités aux situations décrites ci-dessus. En dehors de ces situations, les transports ne sont pas du tout pris en charge par l'Assurance maladie, même s'ils sont prescrits par un médecin.

MONTANT DU REMBOUSEMENT

Le remboursement s'effectue en principe en fonction de la distance séparant le lieu de votre prise en charge (par le transport choisi) de la structure de soins appropriée la plus proche.

L'Assurance maladie prend en charge, en règle générale, 65% des frais de transports.

Cas particulier ! Les frais de transport peuvent être pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie dans certains cas, comme par exemple :

- les transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- les transports des femmes enceintes à partir du 6^{ème}

mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement ;

- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux.

La franchise médicale

En cas d'utilisation de transports en taxi conventionné, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance sauf urgences, un montant de 2 euros par trajet (1 aller/retour = 2 trajets = 4 euros) restera à votre charge.

Ce reste à charge ne pourra pas dépasser 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient ; de plus, un plafond annuel a été fixé à 50 euros (toutes franchises médicales confondues).

Cette franchise ne s'applique pas aux :

- enfants et jeunes de moins de 18 ans.
- femmes enceintes (du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après l'accouchement).
- bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME) et des soins urgents.

Si vous avez réglé vos frais de transport : la franchise médicale sera déduite directement du montant remboursé.

En cas de tiers-payant, si vous n'avez pas eu à avancer les frais, la franchise médicale sera déduite soit :

- lors d'un prochain remboursement (consultation médicale, soin, examen,...) pour vous même ou l'un de vos ayants droit,
- lors d'un prochain versement de prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente AT/MP, capital décès...).

LES DÉMARCHES À EFFECTUER

Afin de bénéficier du remboursement de vos frais de transport, vous devez adresser à votre CPAM :

- la prescription médicale (ou la convocation à l'examen médical),
- l'accord préalable du service médical de votre CPAM,
- la facture délivrée par le transporteur ou en cas de transport individuel ou en commun le formulaire S3140 « État de frais - transport(s) pour motif médical en voiture particulière, taxi, transport en commun ».

Si vous n'avez pas à avancer les frais (tiers-payant), le transporteur est directement payé par votre CPAM et ces démarches ne sont alors pas nécessaires.

À savoir ! Des prestations supplémentaires peuvent également être servies par votre CPAM dans le cadre de son action sanitaire et sociale (**voir ci-après « L'action sociale »**).

★ **Votre contact** : votre CPAM



FOCUS

TPE

Quelles spécificités si vous êtes hospitalisé(e) et que vous êtes salarié(e) d'une Très Petite Entreprise (moins de 10 salariés) ?

Vous bénéficiez des droits définis par la loi dans les mêmes conditions que les salariés des grandes entreprises. Seuls les droits issus des conventions collectives, quand elles existent, diffèrent.



Action sociale

L'action sociale pour quoi faire ?

L'action sociale des CAF

L'action sociale des CPAM

p.69

p.71

p.73



AIB1211-6500

SANTÉ - PRÉVOYANCE - ÉPARGNE - RETRAITE

Chaque salarié a droit au bénéfice d'une protection sociale performante. Malakoff Médéric le prouve chaque jour aux branches professionnelles qui lui font confiance. Nous leur proposons :

- un accompagnement personnalisé par une équipe dédiée,
- l'appui et la solidité financière du 1^{er} groupe paritaire de protection sociale français,
- la garantie d'un dialogue social réussi.

Votre contact : **Martial VIDET** au 01 56 03 44 61 - mvidet@malakoffmederic.com



malakoff médéric

PRÉSENTS POUR VOTRE AVENIR

L'action sociale, pour quoi faire ?



L'action sociale est constituée d'un ensemble d'actions visant à aider les personnes fragilisées à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant.

L'action sociale est tournée essentiellement vers 4 types de public :

- les personnes âgées,
- les personnes et les familles rencontrant des difficultés sociales,
- les enfants et adolescents,
- les personnes handicapées.

LES DIFFÉRENTS TYPES D'AIDE

Les aides de l'action sociale prennent essentiellement trois formes différentes :

- l'attribution des prestations en espèce ou en nature (aides financières, CESU, prêts remboursables ou non, aides alimentaires, ...);
- l'octroi d'avantages tarifaires dans l'accès aux services publics (transports, cantines scolaires, centres de loisirs, musées, ...);
- la mise en place de structures collectives d'accueil (structures d'accueil de la petite enfance, établissements sociaux et médico-sociaux) ou rendant des services à domicile (portage de repas, services de téléalarme, ...).

CONTACTS

L'action sanitaire et sociale agit au niveau :

- **de la région** par l'intermédiaire du Conseil régional (uniquement des aides collectives) ;
- **du département** par l'intermédiaire du Conseil général (ex : aide financière à l'amélioration du logement pour les personnes âgées) ;
- **de la commune** par l'intermédiaire des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) (ex : aides au paiement du logement (loyer, assurance...), de l'énergie (gaz, électricité, eau...), ...)
- **des organismes de Sécurité sociale :**
 - CPAM (ex : aides financières individuelles telles qu'une participation aux dépenses de santé non remboursables, optique, dentaire, prothèse auditive ; financement des aides à domicile, comme l'attribution d'heures d'aide ménagère, garde malade à domicile dans le cadre de soins palliatifs...);
 - CARSAT - Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (ex : le portage de repas : une aide pour compenser le coût du portage de repas au domicile de la personne âgée pour une période déterminée ; aide financière pour un hébergement temporaire dans un établissement) ;
 - CAF (ex : la CAF peut participer financièrement aux frais de séjour de la famille (en location, camping, maison familiale...) ou des enfants en colonie ou camp) ;

- des organismes de complémentaires santé (ex : aides financières pour l'emploi d'une aide ménagère après une hospitalisation) ;
- des caisses de retraite complémentaire (ex : actions de prévention, préparation à la retraite, accompagnement à la perte d'autonomie)

À savoir ! Les aides sont différentes d'un organisme à un autre selon la région (ex : des aides financières pour optique qui existent à la CPAM de Bordeaux mais pas à celle de Reims).



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.



En plus des prestations familiales, des aides au logement et des minima sociaux (tels que le RSA et l'AAH), les CAF développent également des mesures d'action sociale en faveur des familles, plus particulièrement celles qui rencontrent des difficultés financières ou sociales.

Ce soutien aux familles peut se faire directement sous forme d'**aides individuelles** (chaque CAF décidant de ses aides et définissant localement ses critères d'attribution) ou, indirectement, par des **subventions accordées à des partenaires** (communes, associations) qui développent des équipements destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles.

AIDE AUX LOISIRS ET AUX VACANCES

La plupart des CAF accordent des aides financières aux familles ou à des centres conventionnés pour favoriser l'accès aux loisirs des enfants et des adolescents ainsi que leur départ en vacances.

Elles peuvent aussi, dans certains cas, accompagner les familles ou les partenaires au montage de projets liés aux vacances ou aux loisirs.

SOUTIEN À LA FONCTION PARENTALE

Afin d'accompagner les parents dans leurs responsabilités éducatives et de favoriser la qualité des liens parents/enfants, les CAF financent les lieux d'accueil parents-enfants, les services de médiation familiale, les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité.

La médiation familiale, par exemple, est utile pour aider les familles à dépasser toute situation de conflit qui fragilise de lien familial : divorces, séparations, familles recomposées, conflits parents-enfants, successions conflictuelles ...

Les CAF financent également les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Ces derniers proposent notamment des groupes de parole et d'échanges, des lieux de rencontre entre parents, des conférences ou des débats sur les sujets liés à l'éducation.

AIDES FINANCIÈRES AUX FAMILLES EN DIFFICULTÉ

Les CAF peuvent attribuer des aides ponctuelles pour aider les familles qui ne peuvent pas faire face à leurs charges liées au logement (loyer - emprunt - énergie - eau).

Les familles peuvent également bénéficier de l'aide du Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL). Ce dispositif attribue des aides financières aux familles à très faibles ressources pour prendre en charge des loyers, des échéances d'emprunts ou des factures d'énergie et d'eau impayées.

Sous certaines conditions, les CAF consentent également des prêts aux familles modestes pour leur permettre d'acquérir les équipements mobiliers et ménagers de première nécessité ainsi que pour améliorer leur logement.

SOUTIEN AUX FAMILLES

Parfois, les aides financières ne suffisent pas. Les CAF disposent le plus souvent de travailleurs sociaux qui peuvent apporter un soutien aux familles confrontées à des événements qui ont un impact sur l'organisation de la vie familiale et qu'elles n'arrivent pas à gérer seules : naissance d'un enfant, décès d'un enfant ou d'un parent, divorce, monoparentalité ...



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns.



Dans le cadre de son action sanitaire et sociale, la CPAM accorde des aides aux assurés confrontés à des difficultés financières dues à la maladie.

Important ! Il s'agit d'aides facultatives propres à chacune des CPAM.

LES AIDES

ACCÈS AUX SOINS

Il s'agit du principal champ d'intervention de l'action sanitaire et sociale des CPAM. Les aides accordées prennent la forme d'un financement des dépenses de santé non remboursées. Outre les appareillages médicaux tels que l'optique, l'achat d'un fauteuil roulant ou d'une prothèse auditive, les frais de transports ainsi que les forfaits journaliers peuvent également faire partie des prises en charge habituelle au titre de l'action sanitaire et sociale.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La CPAM peut participer au financement d'une couverture complémentaire santé.

RETOUR ET MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES MALADES

Une contribution financière aux frais d'aide à domicile peut être octroyée (heures d'aide ménagère, présence d'un garde malade à domicile dans le cadre de soins palliatifs...).

PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Dans ce domaine, les prestations d'action sociale attribuées par la CPAM sont destinées à compenser une perte de salaire suite à une période d'arrêt de travail indemnisée par la CPAM en maladie ou en accident du travail.

Les assurés sous contrat de rééducation professionnelle ou en situation de réorientation professionnelle pendant un arrêt de travail peuvent également bénéficier d'une aide financière. L'objectif est de permettre le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans un autre emploi des personnes en arrêt de travail.

INSERTION À DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

En partenariat avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la CPAM peut consentir à des aides destinées à faciliter l'adaptation du logement, financer un appareillage ou une intervention à domicile.

LES CONDITIONS

L'octroi d'une aide doit être lié à une dépense de santé, ou à une perte de salaire suite à une maladie ou à un accident du travail. De plus, les ressources de l'assuré doivent être inférieures à un certain seuil ou quotient familial, fixé chaque année par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale.

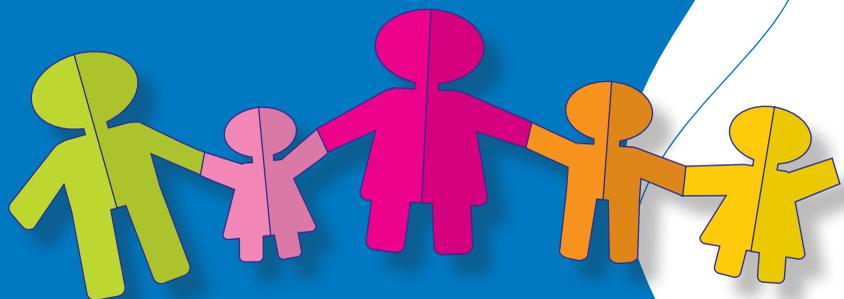
LES DÉMARCHES

Afin de pouvoir bénéficier de ces aides, l'assuré doit constituer un dossier de demande et l'adresser à sa CPAM. Sa situation est alors examinée par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale qui décide d'accorder ou non l'aide. Les aides étant facultatives, les refus ne peuvent pas être contestés.



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, organized into three columns. The first column starts with the 'Notes' header. The lines are evenly spaced and extend across the width of each column.



Annexes

Contacts utiles
Pour aller plus loin

p.75
p.76



LE COORDONNATEUR RÉGIONAL DES RÉSEAUX (CRR), LE RÉFÉRENT DANS VOTRE RÉGION

Région	Nom	Téléphone	Email
ALSACE	Nadia WALTER	03 88 99 38 28	unionregionale@cftc-alsace.fr
AQUITAINE	Maryse FOURCADE	06 19 41 65 84	cftc64@gmail.com
AUVERGNE	François GRANDJEAN	06 80 13 42 33	cftcud63@wanadoo.fr
BASSE NORMANDIE	Alain SEHIER	06 45 47 32 01	a.sehier@orange.fr
BOURGOGNE	Dominique FEVRET	06 70 29 59 18	dominique.fevret@wanadoo.fr
BRETAGNE	Jean COLLET Jean-Noël JULLO	06 11 34 37 03 06 07 31 83 41	urcftcbretagne@cftc.fr urcftcbretagne@cftc.fr
CENTRE	Christine LECERF Jean-Louis ROSSIGNOL	06 81 99 80 22 06 73 68 10 04	lecerf.christie@wanadoo.fr jean-louis.rossignol@orange.fr
CHAMPAGNE ARDENNE	Fabrice PREITE	06 83 22 94 12	fpmp@wanadoo.fr
FRANCHE-COMTE	Abdelhakim ABBAD	06 84 64 38 79	a.abbad@yahoo.fr
HAUTE NORMANDIE	Jean LOISEL	06 58 90 02 09	jrloisel@orange.fr
ILE-DE-FRANCE	Alex PESIC	06 06 77 01 23	alpesic@sfr.fr
LANGUEDOC-ROUSSILLON	Dominique GUILARD	06 08 63 73 88	guilard.dominique@wanadoo.fr
LIMOUSIN	Agnès CLOUX	06 07 41 25 34	agnes.cloux@wanadoo.fr
LORRAINE	Patrick DELGRANDE	03 87 36 02 46	fede.batimattpcftc@noos.fr
MIDI-PYRENEES	Patrick NERON	06 09 86 01 33	Patrick.neron@orange.fr
NORD-PAS-DE-CALAIS	Jacqueline VANHILLE	06 84 38 04 58	urcftc.formation@free.fr
PAYS DE LA LOIRE	Hervé CRAHE Patrick GOSSELIN	06 85 27 97 84 06 08 78 81 06	hcrahe@gmail.com pagosselin@wanadoo.fr
PICARDIE	Alain MELCUS	06 11 05 58 79	picardie@cftc.fr
POITOU-CHARENTES	Pascal CHAUVIN	05 49 88 28 18	pascalc1@free.fr
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR CORSE	Nathalie BALDACCI	06 17 80 11 67	Nathalie.baldacci@sfr.fr
RHONE-ALPES	Contacteur l'UR	04 78 53 18 57	cftc-rhone-alpes@wanadoo.fr

LES CHEFS DE FILE ET LES CONSEILLERS TECHNIQUES DU SIÈGE CONFÉDÉRAL

ASSURANCE MALADIE		
■	Béatrice ETEVE	beatriceeteve@wanadoo.fr
■	Audrey PERINET	01 73 30 43 53 aperinet@cftc.fr
FAMILLE		
■	Marie-Madeleine PATTIER	mmpat771@yahoo.fr
■	Marie ABDALI	01 73 30 43 71 mabdali@cftc.fr
LOGEMENT		
■	Jean-Michel CERDAN	jcerdan@cftc.fr
PRÉVOYANCE		
■	Dominique BERTRAND	ddomibert@aol.com
■	Joëlle MORISETTI	01 73 30 43 67 jmorisetti@cftc.fr
RETRAITE		
■	Michel MOISE MIJON	moisemijon@yahoo.fr
■	Patrick POIZAT	patrick.poizat@mac.com
■	Safiya BAYSAL	01 73 30 49 21 sbaysal@cftc.fr
SANTÉ/CONDITIONS DE TRAVAIL		
■	Jean-Michel CERDAN	jcerdan@cftc.fr
■	Jean-Christophe KETELS	01 73 30 49 69 jcketels@cftc.fr

- chefs de file
- conseillers techniques

Pour aller plus loin



SITES INTERNET

- <http://www.securite-sociale.fr/>

Sur ce site de la « direction de la Sécurité sociale », vous trouverez (notamment) tous les chiffres actualisés (barèmes des cotisations, montant des différentes prestations, plafond de la Sécurité sociale ...), ainsi qu'un glossaire, et la liste des sigles.

- <http://www.ameli.fr/>

Sur ce site vous trouverez toutes les informations concernant l'Assurance maladie.

- <http://www.caf.fr/>

Sur ce site vous trouverez toutes les informations concernant les prestations, allocations et services proposés par les CAF.

- <http://www.mon-enfant.fr>

Sur ce site vous trouverez toutes les informations concernant les différents modes de garde, la possibilité de faire un calcul personnalisé du coût pour votre cas particulier, la possibilité de localiser les structures d'accueil disponibles près de chez vous, la liste des relais assistantes maternelles ...

- <http://www.cesu-urssaf.fr>

Sur ce site vous trouverez toutes les informations et conseils concernant le CESU. Vous pouvez également vous inscrire en ligne et calculer vos droits.

GLOSSAIRE

AAH

Allocation aux adultes handicapés

ACS

Aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé

AAEH

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AJPP

Allocation journalière de présence parentale

AME

Aide médicale d'État

APA

Allocation personnalisée d'autonomie

ARS

Allocation de rentrée scolaire

ASF

Allocation de soutien familial

AVPF

Assurance vieillesse des parents au foyer

CARSAT

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CESU

Chèque emploi service universel

CLCA

Complément de libre choix d'activité

CMG

Complément de libre choix du mode de garde

CMU

Couverture maladie universelle

CMUC

Couverture maladie universelle complémentaire

COLCA

Complément optionnel de libre choix d'activité

FSV

Fonds de solidarité vieillesse

IJ

Indemnités journalières

PAJE

Prestation d'accueil du jeune enfant

Rédaction

Marie ABDALI
Caroline CASTEIGTS
Audrey IACINO
Audrey PERINET

Secrétariat de rédaction

Elise PAUVRET

Décembre 2012

Création graphique : Céline Dulauroy Angel'Art - Impression : Imprimerie La Centrale Lens



Une publication de : www.cftc.fr