



Professions
indépendantes

Vos prestations maladie

Édition 2012

Sommaire

Quels sont les bénéficiaires de l'assurance maladie ?	3
Comment bénéficier des prestations ?	4
Quels sont les taux de remboursement ?	5
Le médecin traitant	7
Les indemnités journalières maladie	9
La Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire	10
Les frais de transport	11
Les soins à l'étranger	14

Quels sont les **bénéficiaires** de l'assurance maladie ?

• L'assuré

Est assuré au RSI toute personne exerçant à titre personnel une activité artisanale, commerciale, industrielle ou libérale ainsi que certains dirigeants ou associés de société.

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

• Les ayants droit

- Votre conjoint peut bénéficier des prestations en nature (prise en charge des soins et des médicaments) de votre régime d'assurance maladie s'il ne bénéficie pas d'une couverture maladie à titre personnel.
- Vos enfants ont également droit aux prestations en nature jusqu'à 16 ans (de plein droit) ou jusqu'à 20 ans (s'ils poursuivent leurs études).

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



Comment bénéficier des **prestations** ?

Lors de votre inscription au Centre de Formalités des Entreprises (CFE), vous avez choisi un Organisme Conventionné (OC) – mutuelle ou groupement de sociétés d'assurance – qui vous verse vos prestations maladie-maternité. Si vous ne connaissez pas votre OC, adressez-vous à votre caisse RSI.

Lors de votre affiliation au RSI, vous recevrez une nouvelle attestation de droits et vous devrez mettre à jour votre carte Vitale si cela est possible. Dans le cas contraire, vous recevrez une nouvelle carte Vitale avec photo, après avoir rempli un formulaire spécifique.

Vous devez présenter votre carte Vitale aux professionnels de santé qui vous la demandent. Elle vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements de soins.

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

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

BON À SAVOIR

Vous devez mettre à jour votre carte Vitale dans une borne disponible dans la plupart des pharmacies, au moins une fois par an.





Quels sont les **taux de remboursement** ?

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

En conséquence, à garantie et à âge égal, les tarifs des complémentaires santé proposées aux indépendants doivent être au plus, égaux à ceux proposés aux salariés.

• Pour la maladie

Traitement des affections de longue durée

- Hospitalisation, soins et pharmacie 100 %

Soins hospitaliers

- Séjour ≤ 30 jours 80 %
- Séjour à compter du 31^e jour 100 %
- Séjour incluant un acte d'un coefficient ≥ 60 ou ≥ 120 €⁽¹⁾ 18 €

Autres soins, examens et pharmacie

- Honoraires des praticiens^{(1) (2)} 70 %
- Honoraires des auxiliaires médicaux⁽¹⁾ 60 %
- Analyses 60 %
- Certains médicaments spécialisés particulièrement coûteux 100 %
- Médicaments à vignette blanche 65 %
- Médicaments à vignette bleue 30 %
- Médicaments à vignette orange 15 %
- Dispositifs médicaux (accessoires, petit appareillage...).. 60 %

(1) Le montant du ticket modérateur pour les actes ou série d'actes (sauf prothèses dentaires) d'un coefficient ≥ 60 ou ≥ 120 € est limité à 18 €.

(2) Attention : le taux est réduit à 30 % sans déclaration de médecin traitant ou consultation directe du spécialiste sauf cas particuliers.

• Pour la maternité

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

Les participations forfaitaires et les franchises

- Une participation forfaitaire de 1 € est automatiquement déduite du montant de vos remboursements pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste et pour tout acte médical ou de biologie (à l'exception des actes et consultations réalisés au cours d'une hospitalisation). Cette participation forfaitaire est limitée à 50 € par an et par personne.
- Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise s'applique sur certaines prestations dont le montant forfaitaire et les plafonds quotidiens et annuels sont les suivants :

Prestation	Montant forfaitaire	Plafond quotidien	Plafond annuel
Pharmacie (par conditionnement)	0,50 €	néant	50 €
Acte d'auxiliaire médical	0,50 €	2 €	
Transport	2 €	4 €	

Les participations forfaitaires et les franchises ne concernent pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le forfait de 18 € pour les actes coûteux

Un forfait de 18 € est dû pour les actes ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 ou d'un montant supérieur ou égal à 120 €.

Ce forfait ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'assurance maternité, aux pensionnés d'invalidité et aux soins en rapport avec une affection de longue durée. Ce forfait est pris en charge pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le médecin traitant

Déclarer son médecin traitant ne coûte rien : pourquoi être moins remboursé ?

• Pourquoi choisir un médecin traitant ?

Pour être mieux soigné

Votre médecin traitant vous connaît bien. Il assure votre suivi médical, coordonne vos soins : il vous oriente vers un spécialiste ou vous prescrit des examens complémentaires si nécessaire.

Il joue également un rôle essentiel sur le plan de la prévention (suivi vaccinal, dépistage...).

Pour être mieux remboursé

- Si vous consultez votre médecin traitant.
- Si vous consultez le médecin spécialiste auquel il vous a adressé.

→ Vous respectez le parcours de soins coordonnés et bénéficiez d'un **niveau de remboursement maximal**.

Exemple : pour une consultation de généraliste à 23 €⁽¹⁾

	Montant remboursé par le RSI	Montant restant à votre charge ⁽²⁾
Avec médecin traitant	15,10 €	7,90 €
Sans médecin traitant	5,90 €	17,10 €

(1) En métropole.

(2) Ce reste à charge inclut la participation forfaitaire de 1 € (cf. page 6).

Sous certaines conditions, le taux de remboursement maximal peut être maintenu en dehors du parcours de soins coordonnés :

- spécialités à accès spécifique direct :
 - psychiatres pour les moins de 25 ans ;
 - gynécologie et ophtalmologie (sous réserve d'avoir déclaré au préalable un médecin traitant).
- situations particulières : urgence, suivi d'une maladie chronique, soins palliatifs...

• Comment déclarer votre médecin traitant ?

- Généraliste, spécialiste, médecin hospitalier, ou médecin salarié d'un centre de santé peuvent être désignés comme médecin traitant : c'est à vous de choisir.
- Le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant est disponible dans votre caisse, ou sur le site du RSI : www.rsi.fr > Espace téléchargement.
- Complété, puis signé par vous et par votre médecin, ce formulaire doit être adressé à votre Organisme Conventionné.
- Pour changer de médecin traitant, il vous suffit de remplir un nouveau formulaire et de le transmettre à votre Organisme Conventionné selon les mêmes modalités.

Pour plus d'informations sur le médecin traitant, procurez-vous le dépliant spécifique auprès de votre caisse RSI.



Les indemnités journalières maladie

Les artisans et les commerçants peuvent, sous certaines conditions, bénéficier en cas d'arrêt de travail, d'indemnités journalières maladies versées par le RSI.

L'indemnité journalière garantit un revenu de remplacement équivalant à la moitié du revenu professionnel moyen des trois dernières années, **avec un minimum de 19,93 € par jour et un maximum de 49,82 € par jour.**

L'indemnité est versée à compter :

- du 4^e jour d'arrêt en cas d'hospitalisation ;
- du 8^e jour d'arrêt en cas de maladie ou d'accident.

La durée maximale d'indemnisation est fixée à :

- 360 jours sur 3 ans dans le cas général (maladie, accident...);
- 3 ans pour les personnes en arrêt de travail pour une affection de longue durée (ALD).

Pour plus d'informations sur les indemnités journalières, procurez-vous le dépliant spécifique auprès de votre caisse RSI.



La Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire



Si vous êtes travailleur indépendant, que vous disposez de faibles ressources et que vous résidez de manière stable et régulière en France, vous pouvez bénéficier de la CMU complémentaire, qui prend en charge :

- le ticket modérateur* des consultations médicales et des soins de ville, dont les tarifs ne peuvent pas donner lieu à des dépassements ;
- le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur* éventuel ;
- dans certaines limites, les dépassements de tarifs de remboursement du régime obligatoire pour les soins de prothèses dentaires, d'orthopédie dento-faciale, optique, audio-prothèse et autres produits médicaux. Le montant de ces dépassements est limité.

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, vos ressources doivent être inférieures par an (pour une personne seule) à 7 771 € (en métropole) et 8 649 € (dans les DOM).

Les revenus professionnels non salariés à prendre en compte sont ceux de l'année civile précédente, retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déductions, abattements et exonérations. S'y ajoutent les autres ressources des 12 mois civils précédant la demande. Lorsque le logement est occupé par son propriétaire ou à titre gratuit, ou lorsqu'une aide au logement est perçue, un forfait est ajouté aux ressources.

Si vos ressources sont supérieures à ce plafond, dans la limite de 35 %, vous pouvez bénéficier de l'**Aide pour une complémentaire santé**. Le montant de cette aide est de 100 à 500 € en fonction de l'âge des personnes composant le foyer. Vous avez également accès au « tiers payant social » pour les honoraires des médecins.

Pour plus d'informations sur la CMU complémentaire et l'aide pour une complémentaire santé, procurez-vous les dépliants spécifiques auprès de votre caisse RSI.

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



Les frais de transport

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

• **Quels sont les transports remboursables ?**

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

• Quelles sont les formalités à accomplir ?

→ Prescription médicale :

Elle est **obligatoire dans tous les cas** et doit être établie avant le transport. En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie après le transport.

La convocation du médecin conseil ou de l'expert tient lieu de prescription.

→ Demande d'entente préalable auprès du service médical de la caisse RSI :

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

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

→ Production d'un justificatif :

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

- soit **d'une facture** de transport pour l'ambulance, le véhicule sanitaire léger ou le taxi conventionné ;
- soit d'un état de frais établi par l'assuré (transports en commun / véhicule personnel).

Ces documents doivent être adressés à l'Organisme Conventionné, pour obtenir le remboursement des frais de transport.

• Quel est le rôle de votre médecin ?

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

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



• Quels sont les moyens de transport utilisables ?

- **Un moyen de transport individuel** : véhicule personnel ou transports en commun (bus, métro, car, train, avion ou bateau de ligne régulière...) lorsque le patient peut se déplacer sans assistance particulière ;
- **Un transport assis professionnalisé** (véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné) lorsque l'état de santé du patient le requiert ;
- **Une ambulance** lorsque le malade doit impérativement être allongé et/ou nécessitant une surveillance constante.

Seuls les trajets en taxi conventionné sont remboursés par l'assurance maladie. Un logo est apposé sur la vitre arrière latérale droite du véhicule. Pour connaître la liste des taxis conventionnés, vous pouvez sur le site ameli.fr, accéder à cette information dans l'espace réservé à chaque CPAM. Il est également possible d'interroger à ce sujet votre Organisme Conventionné.



• Quels sont les taux de remboursement ?

Les frais de transport sont remboursés au taux de 65 % et à 100 % pour les transports liés à une affection de longue durée exonérante (ALD), déduction faite de la franchise de 2 € par transport (plafonné à 4 € par jour et par transporteur pour un même client - cf. page 6).



Les soins à l'étranger

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

• Quels sont les types de soins concernés ?

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

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

• Quelles sont les modalités de remboursement ?

Pour les séjours dans l'Union Européenne (UE), l'Espace Économique Européen (EEE) et en Suisse

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

ATTENTION pour les 2 cas suivants, vous devez obtenir un accord préalable de votre régime (formulaire S2) :

- **soins consécutifs à un traitement en France :** remboursement sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour;
- **soins ne pouvant être dispensés en France :** remboursement sur la base du tarif applicable dans le pays de séjour.



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

BON À SAVOIR

Les dépenses de soins exposées dans un autre État membre de l'Union européenne ou de l'Espace Économique Européen sont prises en charge dans les mêmes conditions que si elles avaient été engagées en France (hors hospitalisation et recours à des équipements matériels lourds). Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable.

Lorsqu'une demande d'entente préalable doit être formulée en France pour obtenir la prise en charge des frais en France, vous devez accomplir la même formalité si vous envisagez de vous faire soigner dans l'UE ou l'EEE.

PAYS APPLIQUANT LA RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE

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

Les pays de l'EEE: Islande, Liechtenstein et Norvège. Ainsi que la Suisse.

Pour les séjours en dehors de l'Union Européenne, de l'Espace Économique Européen ou de la Suisse

→ Soins immédiats :

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

→ Soins ne pouvant être dispensés en France :

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

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

Vous êtes artisan ou commerçant,
le RSI est votre interlocuteur social unique
pour toute votre protection sociale
personnelle obligatoire.

Vous exercez une profession libérale,
le RSI gère votre assurance
maladie-maternité.

VOTRE CAISSE

