



Ma santé et moi !



① COMMENT ÊTRE INDEMNISÉ APRÈS UN ACCIDENT OU UNE MALADIE LIÉ AU TRAVAIL ?

Victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet lié au travail ou d'une maladie professionnelle, le salarié doit :

- informer son employeur de l'accident dans les 24 heures afin qu'il lui délivre une feuille d'accident du travail.
- faire établir un certificat médical par un médecin. Celui-ci décide de l'arrêt de travail éventuel et sera le seul, avec le médecin traitant, à pouvoir le prolonger.
- envoyer l'avis d'arrêt de travail du médecin à la Caisse primaire d'assurance maladie et à l'employeur sous 48 heures.

L'indemnisation couvre-t-elle les soins et/ou l'arrêt consécutif à un accident ou une maladie lié au travail ?

- La Sécurité sociale prend en charge à 100% les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ainsi que les éventuels frais de rééducation fonctionnelle et professionnelle.
- L'arrêt de travail est décidé par le médecin au vu des lésions mais c'est à la Caisse primaire d'assurance maladie de se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident. Seul le médecin qui a prescrit le premier arrêt de travail, ou le médecin traitant ou leur(s) remplaçant(s) peuvent prolonger un arrêt de travail.

L'accidenté reçoit des indemnités journalières égales à 60% du salaire journalier de base pendant 28 jours et 80% à partir du 29^{ème} jour.



Ma santé et moi !

Pour permettre à un salarié en arrêt de travail de retourner à son poste, le médecin doit établir un certificat médical final de guérison ou de consolidation. Si l'arrêt a dépassé 3 semaines, il est obligatoire de passer une visite médicale de reprise à l'emploi.

Un accident du travail, c'est quoi ?

Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs.

Et un accident de trajet ?

Est considéré comme accident de trajet, l'accident survenu au salarié à l'occasion d'une mission effectuée dans le cadre du travail pendant le trajet aller et retour entre :

→ son lieu de travail et son habitation ou tout autre lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial.

→ son lieu de travail et le restaurant, la cantine ou tout autre lieu où le salarié prend habituellement ses repas.

Le trajet doit avoir lieu dans un temps normal (avant et après les heures de travail), suivre un itinéraire normal, ne pas être interrompu ou détourné.

Et une maladie professionnelle ?

Liées à l'exposition durable à un risque physique (bruit, radiation...), chimique (plomb, amiante...) ou biologique (infection, allergie...) durant l'activité professionnelle, les maladies professionnelles sont officiellement répertoriées dans des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale.

Le médecin de la victime doit rédiger un certificat médical indiquant la nature de la maladie, les manifestations constatées et pouvant être imputées au risque professionnel ainsi que les suites probables.

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles est tenu d'en faire la déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspection du travail.



Ma santé et moi !

② COMMENT SE SOIGNER SANS SE RUINER ?

Pour être remboursé au mieux, il est préférable de choisir et de consulter son médecin traitant. Généraliste ou spécialiste, il a pour rôle de coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de la santé du patient. Prescrites par le médecin traitant, les consultations chez des spécialistes bénéficient d'un meilleur remboursement.

Qui rembourse quoi ?

L'assurance maladie prend en charge la majeure partie des frais liés aux soins. Cependant, pour bénéficier de ces remboursements, il faut avoir travaillé un nombre d'heures minimum à une certaine rémunération sur une période donnée :

→ au moins 60h pendant 30 jours,

→ au moins 120 h pendant 3 mois ou

→ au moins 1200 h pendant 12 mois.

Grâce à la carte vitale, le remboursement est simplifié. Tout est transmis directement à la Caisse d'assurance maladie.

→ Les complémentaires santé prennent en charge la totalité ou une partie des frais non remboursés par le régime obligatoire, appelée le ticket modérateur. Trois types de structures proposent ces services : les assurances (entreprises commerciales), les mutuelles et les institutions de prévoyance (organismes à but non lucratif).



Ex : En 2010, la consultation chez le médecin traitant est de 22 €. L'assurance maladie remboursera 14,40 € (soit 70 % - 1 € de participation forfaitaire restant à la charge du patient) et la complémentaire santé (mutuelle) versera les 6,60 € restants.

Pourquoi dois-je payer une franchise à l'assurance maladie ?

Afin de réduire et limiter le déficit de l'assurance maladie, un certain nombre de franchises et de forfaits sont mis en place. Ils ne sont remboursés ni par le régime d'assurance maladie ni par la complémentaire santé, et restent à la charge du patient.



Ma santé et moi !

Quelques exemples :



→ La participation forfaitaire de 1 € s'applique à toute consultation ou acte réalisé par un médecin, à tout examen radiologique ou analyse.



→ Le forfait hospitalier est une participation de l'assuré aux frais d'entretien et d'hébergement. Il est de 18 € par jour à l'hôpital ou en clinique et de 13,50 € par jour en service psychiatrique.



→ Les franchises de 0,50 € par boîte de médicaments, de 0,50 € par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. Elles sont plafonnées par an (50 €) et par jour selon la dépense.

Côté solidarité : la CMU, c'est quoi ?

Mise en place en 2000, la couverture maladie universelle donne un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire et n'ayant, par exemple, pas les heures de travail nécessaires à l'ouverture de droits. Les plus défavorisés ont droit à une couverture complémentaire gratuite leur permettant d'accéder aux soins sans avance de frais.

L'arrêt maladie en 3 points :

→ L'arrêt maladie doit être signé par le médecin et envoyé sous 48 heures à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ainsi qu'à l'employeur.

→ A partir du 4^{ème} jour d'arrêt, le salarié peut percevoir des indemnités journalières afin de compenser la perte de salaire occasionnée. Elles sont égales à 50% du salaire journalier de base calculé sur la base des salaires bruts des 3 ou 12 derniers mois.

→ Pendant toute la durée de l'arrêt (y compris les week-ends et jours fériés), le patient est contraint de rester chez lui de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. A titre exceptionnel, le médecin peut autoriser des sorties libres ou sous conditions. En cas de séjour en dehors du département de résidence, un accord doit être demandé au préalable à la Caisse d'assurance maladie. Si lors d'un contrôle, les heures de présence indiquées sur l'avis d'arrêt de travail ne sont pas respectées, l'assuré s'expose à la réduction du montant de ses indemnités journalières, voire à la suspension de leur versement.

**Pour en savoir plus : www.ameli.fr, www.msa.fr, www.le-rsi.fr,
www.securite-sociale.fr, www.cmu.fr, www.mutualite.fr**