

Soins de santé et incapacité de travail

Les cotisations sociales que vous payez en tant qu'indépendant vous assurent, entre autres, une couverture en matière d'assurance maladie et invalidité et vous donnent accès à deux types d'assurances : l'assurance des soins de santé et l'assurance en cas d'incapacité de travail. Mais concrètement, à quoi avez-vous droit ?

LES ORGANISMES COMPÉTENTS

La Caisse d'assurances sociales

C'est l'organisme auprès duquel vous **devez être affilié** comme indépendant. C'est elle qui perçoit vos cotisations sociales trimestrielles d'indépendant qui vous ouvrent des droits en matière de soins de santé, incapacité, maternité...

La mutuelle

Vous devez également **vous affilier auprès d'une mutuelle** de votre choix. C'est auprès de cet organisme que vous pourrez réclamer le remboursement des prestations de soins de santé, le paiement des indemnités d'incapacité de travail, de l'allocation de maternité ou d'adoption ou de congé parental d'accueil.

L'Inasti

L'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (Inasti) assure la gestion du statut social. C'est l'organisme qui **accorde ou refuse**, entre autres choses, **le bénéfice de l'assimilation pour cause de maladie**.

L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Le principe de l'assurance

L'assurance soins de santé vous permet, sous certaines conditions, d'être **remboursé** pour les soins médicaux que votre état de santé exige.

Qui peut en bénéficier ?

Pour avoir droit à l'assurance soins de santé, vous devez :

- être affilié à une mutuelle ou la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)
- avoir payé les cotisations sociales de l'année de référence (2 ans avant : 2024 pour être remboursé des soins de 2026).

Bénéficiaire de cette assurance les :

- indépendants et les aidants (y compris ceux qui bénéficient de l'assurance continuée ou de l'assimilation pour cause de maladie)
- indépendants reconnus incapables de travailler et les indépendantes qui se trouvent dans une période de protection de l'accouchement
- indépendants et aidants ayant atteint l'âge de la pension ou bénéficiant d'une pension
- personnes à charge du titulaire, soit notamment le conjoint (dont les revenus ne dépassent pas une certaine limite), les enfants et les petits-enfants du titulaire
- bénéficiaires du droit passerelle ou de l'allocation d'aidant proche.



Bon à savoir

Pour les étudiants, les conditions se trouvent dans notre note sur le statut d'étudiant-indépendant disponible sur UCM.be.

Les prestations garanties

Vos cotisations sociales couvrent les consultations chez le médecin généraliste ou spécialiste, médicaments, soins dentaires, kinésithérapie...

L'intervention

L'assurance « soins de santé » **ne rembourse pas la totalité des frais**, il reste une partie des frais à votre charge. Cette partie est appelée « **ticket modérateur** ».

L'octroi des prestations de soins de santé

Vous bénéficiez du droit aux prestations dès le 1^{er} jour du trimestre au cours duquel vous remplissez les conditions (pour autant que la 1^{ère} cotisation sociale soit payée ou dispensée). Ce droit est **valable pendant cinq années civiles** après l'année en cours.

Vous souhaitez maintenir votre droit pour une année supplémentaire après la période de cinq ans ? C'est possible à deux conditions, vous devez :

- être en ordre de cotisations pour l'année de référence (c'est-à-dire pour la deuxième année qui précède celle pour laquelle le maintien est demandé)
- avoir conservé votre qualité d'indépendant au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou au cours de l'année suivante.

Le bon de mutuelle

Comme c'est la Caisse d'assurances sociales qui **perçoit les cotisations sociales du régime obligatoire**, et que c'est la mutuelle **qui assure le remboursement des prestations de soins**, il est nécessaire d'établir un lien entre elles par l'intermédiaire d'un document de cotisation, appelé « **bon de mutuelle** ». Celui-ci vous permet de prouver à votre mutuelle que vous êtes bien en ordre de paiement de vos cotisations et de pouvoir ainsi prétendre au remboursement des prestations de soins.

Chaque année, en février, la Caisse d'assurances sociales envoie le bon de mutuelle **par voie informatique** à la Banque Carrefour de sécurité sociale qui se charge de le transférer à votre mutualité. Cette transmission n'est **possible que si toutes les cotisations et majorations** relatives à une année déterminée **sont complètement payées**.

Le bon de mutuelle annuel vous assure la couverture soins de santé **pour une période d'un an** qui prend cours le 1^{er} janvier de la 2^e année qui suit celle pour laquelle le bon est émis. Ainsi, par exemple, le bon de mutuelle de l'année 2024 assure une couverture pour l'année 2026.

Et si vous n'arrivez pas à payer ?

Adressez-vous le plus tôt possible à notre Caisse d'assurances sociales qui vous proposera différentes options.

Si vous êtes dans l'attente d'une décision de dispense et que vous faites face à des problèmes graves, **prenez contact avec votre mutuelle** afin de trouver des solutions.

Veillez à bien fournir à votre mutuelle **les attestations de soins délivrées** par l'hôpital ou un médecin. Généralement, l'hôpital ne vous réclame alors que la différence entre le montant total de la prestation et le remboursement effectué directement par la mutuelle suivant la technique du tiers payant. Il vous reste à payer le « ticket modérateur ».

LES INDEMNITÉS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Si vous devez cesser votre activité pour cause de maladie ou d'accident, vous pouvez bénéficier **d'indemnités journalières** afin de compenser la perte de vos revenus professionnels résultant d'une incapacité de travail. Elles sont **payées par votre mutuelle**.

Bon à savoir

Si vous n'êtes pas en ordre de cotisations sociales, vous avez cinq ans pour régulariser votre situation et bénéficier du remboursement des soins de santé.

Vous commencez votre activité ? Veillez, lors de votre affiliation, à remettre à votre mutuelle l'attestation délivrée par notre Caisse d'assurances sociales pour établir le lien entre les deux organismes.



Bon à savoir

Le fait d'être enceinte ne vous donne pas accès aux indemnités d'incapacité de travail (sauf bien sûr, dans le cas où vous seriez malade durant votre grossesse). Vous pouvez cependant bénéficier de l'allocation de maternité.



Qui peut en bénéficier ?

Peuvent bénéficier des indemnités d'incapacité de travail les :

- indépendants et aidants (y compris ceux qui bénéficient de l'assurance continuée ou de l'assimilation pour cause de maladie)
- conjoints aidants statut complet
- indépendants et aidants ayant atteint l'âge de la pension et payant au moins la cotisation minimale d'un indépendant à titre principal
- bénéficiaires du droit passerelle.

Sont **exclus** les :

- indépendants à titre complémentaire
- indépendants et aidants ayant atteint l'âge de la pension ou bénéficiant d'une pension et payant moins que la cotisation minimale d'un indépendant à titre principal
- indépendants bénéficiant de l'exonération ou de la réduction des cotisations
- personnes à charge du titulaire, soit notamment le conjoint non-aidant, les enfants et les petits-enfants du titulaire.

Les conditions d'octroi

Pour bénéficier des indemnités, vous devez **être inscrit à votre mutuelle** depuis six mois et justifier que vous **êtes en ordre de cotisations sociales**. Votre incapacité de travail doit aussi être **reconnue par le médecin-conseil** de la mutuelle.

Périodes et montants

Pour percevoir une indemnité, votre incapacité doit durer **au minimum huit jours**. En dessous de ces huit jours, vous ne percevez aucune indemnité. À partir de huit jours, l'indemnité vous est payée **dès le premier jour de votre incapacité**. Vous la recevez tous les jours de la semaine, à l'exception du dimanche.

Durant la **première année de votre incapacité** (période d'incapacité primaire), le montant qui vous sera versé dépend de votre situation familiale. **Après un an** commence la période d'invalidité, le montant variera en fonction de votre situation et du fait que vous bénéficiez (ou non) de l'assimilation maladie.

	Incapacité de moins de 8 jours	Première année	Après un an (sans assimilation)	Après un an (avec assimilation)
Au moins une personne à charge	/	81,10 €/jour	81,10 €/jour	81,10 €/jour
Isolé	/	64,27 €/jour	64,27 €/jour	64,27 €/jour
Cohabitant	/	49,29 €/jour	49,29 €/jour	55,10 €/jour

Le montant de l'allocation forfaitaire pour l'aide de tierce personne s'élève à 29,97 €.

Tous ces montants suivent l'indexation.

Bon à savoir

Vous avez atteint l'âge légal de la retraite et vous poursuivez votre activité indépendante ? Vous pouvez bénéficier d'indemnités durant les six premiers mois d'incapacité à condition que vous ne touchiez pas de pension de retraite et que vous payiez des cotisations sociales au moins égales à la cotisation minimale d'un assujéti à titre principal.



L'ASSIMILATION POUR CAUSE DE MALADIE

Lors de votre demande d'indemnités pour incapacité de travail, notre Caisse d'assurance sociales vous proposera le **régime de l'assimilation pour cause de maladie**. Ce régime permet l'**assimilation** des journées d'incapacité à des journées de travail réellement prestées et vous permet d'être **exonéré** du paiement de vos cotisations sociales.

Conditions pour en bénéficier

- en faire la demande au moyen de la [déclaration sur l'honneur avec demande d'assimilation maladie](#)
- avoir la qualité d'indépendant à titre principal depuis au moins 90 jours au moment où l'assimilation pourrait prendre cours
- l'incapacité doit être reconnue par la mutuelle
- avoir cessé toute activité et n'exercer aucun mandat
- l'activité ne doit pas être continuée par personne interposée
- ne plus jouir de revenus professionnels
- être en ordre de cotisations sociales.



ATTENTION

Si vous avez cessé votre activité personnelle, mais que celle-ci est poursuivie par quelqu'un d'autre pendant votre incapacité, vous pouvez bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail. Mais, vous ne pourrez pas bénéficier de l'assimilation maladie et donc de l'exonération de vos cotisations sociales auprès de notre Caisse d'assurances sociales. Le bénéfice de l'assimilation n'est possible que si toute activité personnelle a été interrompue et qu'en plus, cette activité n'a pas été poursuivie par personne interposée.

Si l'assimilation est accordée, vous serez dispensé de tout paiement de cotisation trimestrielle pendant la maladie **tout en sauvegardant vos droits** en matière d'assurance maladie et invalidité, d'allocations familiales et de pension. **L'assimilation est octroyée par l'Inasti** qui en informe notre Caisse d'assurances sociales et votre mutuelle.

La reprise d'activité

Lorsque votre état de santé vous permet de reprendre une activité, vous devez en **avertir notre Caisse d'assurances sociales et votre mutuelle**. Le médecin-conseil de celle-ci peut également vous autoriser à reprendre le travail partiellement pour une réintégration progressive.

LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR

Incapacité de travail

Vous devez faire une **déclaration d'incapacité de travail** auprès de votre mutuelle (dans les sept jours) pour bénéficier de tous les avantages liés à votre incapacité. Cette déclaration doit être **signée par vous et votre médecin traitant**. Vous devez aussi répondre à toutes les convocations de votre mutuelle. En effet, vous serez examiné par un médecin-conseil qui prendra la décision d'accorder ou de refuser le régime d'incapacité de travail.



ATTENTION

Si le formulaire de votre mutuelle pose la question « avez-vous mis fin totalement à vos activités ? », veillez à répondre oui, même si vous envisagez de reprendre votre activité après votre incapacité. Si vous répondez non, vous ne pourrez pas bénéficier de l'incapacité de travail.

Assimilation maladie

Vous devez **prouver la cessation complète** de toute activité personnelle. Pour cela, adressez-vous à notre Caisse d'assurances sociales en nous signalant que vous cessez pour cause de maladie ou d'accident et **renvoyez-nous le [formulaire de déclaration de cessation avec demande d'assimilation maladie](#) complété**.

Bientôt parents ?

Vous pouvez bénéficier de plusieurs prestations liées à la maternité, à l'adoption et au congé parental d'accueil. Pour en savoir plus, consultez nos notes d'information « [Prestations d'aide à la maternité](#) », « [naissance et adoption – Vos droits](#) »

