

Soins de santé, assurance incapacité de travail, assurance maternité,...

Les cotisations sociales payées par l'indépendant lui assurent, entre autres, une couverture sociale en matière d'assurance maladie invalidité. Ses cotisations servent donc à financer trois types d'assurances auxquels il peut prétendre : l'assurance des soins de santé, l'assurance en cas d'incapacité de travail et l'assurance maternité.

1 | Les organismes compétents

La caisse d'assurances sociales

C'est l'organisme auprès duquel tout indépendant doit être affilié en vue d'assurer le financement de son statut social.

Cet organisme calcule et lui réclame les cotisations sociales trimestrielles dont il est redevable.

La mutuelle

Outre la caisse d'assurances sociales, l'indépendant doit s'affilier auprès d'une mutuelle de son choix.

C'est auprès de cet organisme qu'il pourra 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 et délivre le bon de mutuelle aux indépendants qui ont obtenu cette assimilation.

2 | 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 permet au titulaire de prouver à sa mutuelle qu'il est bien en ordre de paiement de ses cotisations et de pouvoir ainsi prétendre au remboursement des prestations de soins.

Le bon de mutuelle « informatisé »

Ce bon de mutuelle est adressé par voie informatique dans le courant du mois de février de chaque année par la caisse d'assurances sociales à la Banque Carrefour de sécurité sociale qui se charge de le transférer à la mutualité de l'indépendant.

La période d'assurance

Le bon de mutuelle, qui est annuel, assure la couverture des risques pour une période d'une année qui prend cours le 1er janvier de la 2e année qui suit celle pour laquelle le bon est émis. Ainsi, par exemple, le bon de mutuelle de l'année 2018 assure une couverture pour l'année 2020.

En cas de début d'activité

Lors de son affiliation, l'indépendant établit sa qualité de titulaire en remettant à sa mutuelle l'attestation délivrée par sa caisse d'assurances sociales lors de son affiliation.

3 | L'assurance soins de santé

Le principe de l'assurance

Tout indépendant malade peut se voir rembourser les prestations de soins de santé que son état exige aux conditions reprises ci-dessous.

Les bénéficiaires

Bénéficiaire de cette assurance les :

- indépendants et les aidants
- indépendants et aidants qui bénéficient de l'assurance continuée ou de l'assimilation pour cause de maladie
- 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. Pour ce qui est des étudiants, voyez la note sur le cumul du statut d'étudiant et d'indépendant
- bénéficiaires du droit passerelle.

Les prestations garanties

La Caisse d'assurances sociales réclame automatiquement les cotisations sociales qui couvrent désormais les "gros" comme les "petits" risques (consultations chez le médecin généraliste ou spécialiste, produits pharmaceutiques, soins dentaires, kinésithérapie,...).

Elle communiquera à la mutuelle le "bon de cotisations" qui atteste que la personne est en ordre de paiement de ses cotisations obligatoires.

L'intervention

L'assurance « soins de santé » ne rembourse pas la totalité des frais. Une intervention personnelle appelée « ticket modérateur » est mise à charge de l'intéressé lui-même.

L'octroi des prestations de soins de santé

Les titulaires bénéficient du droit aux prestations dès le 1^{er} jour du trimestre au cours duquel leur qualité est acquise jusqu'au 31 décembre de l'année suivante et ce, pour autant que la 1^{ère} cotisation sociale soit payée ou dispensée.

Le maintien du droit aux prestations pour une année supplémentaire est lui soumis à la double condition :

- Etre 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 sa qualité de titulaire au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le cours de l'année suivante.

Le document de cotisation

La Caisse informe, par voie électronique, la mutuelle concernée, que le titulaire est en ordre de paiement de cotisations sociales.

Cette transmission n'est possible que pour autant que toutes les cotisations et majorations relatives à une année déterminée soient complètement payées.

Qu'en est-il de l'affilié qui ne peut pas payer ?

Il doit s'adresser le plus tôt possible à sa Caisse d'assurances sociales qui lui proposera différentes options.

Lorsque l'indépendant est dans l'attente d'une décision de dispense et qu'il doit faire face à des problèmes graves, il doit prendre contact avec sa mutuelle afin de trouver des solutions.

Concrètement, les attestations de soins délivrées par l'hôpital ou un médecin, doivent être remises à votre mutuelle. 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 ne reste donc qu'à payer le « ticket modérateur ».

4 | Les indemnités d'incapacité de travail

L'indépendant qui doit cesser son activité pour cause de maladie ou d'accident, peut bénéficier d'indemnités journalières. Ces indemnités ont pour objet de compenser la perte de revenus professionnels résultant d'une incapacité de travail. Elles sont payées par sa mutuelle.

On ne pourra pas parler d'indemnités d'incapacité de travail pour une indépendante qui cesse ses activités pour accoucher. Dans ce cas, elle pourra néanmoins bénéficier de l'allocation de maternité. Toute autre sera la solution si elle doit cesser ses activités parce qu'elle est malade, en plus du fait qu'elle est enceinte.

Si l'indépendant bénéficie du régime de l'assimilation des journées d'incapacité à des journées de travail réellement prestées, il sera en outre exonéré du paiement de ses cotisations sociales.

Les bénéficiaires

Bénéficiaire de cette assurance les :

- indépendants et aidants
- indépendants et aidants qui bénéficient de l'assurance continuée ou de l'assimilation pour cause de maladie ;
- conjoints aidants maxi-statut
- 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

Bénéficiaire des prestations, les titulaires qui ont accompli un stage de 6 mois et qui justifient qu'ils sont en ordre de cotisations sociales. En outre, l'incapacité de travail doit être reconnue par le médecin-conseil de la mutuelle.

Périodes et montants

Il faut distinguer 3 périodes :

1. La période de CARENCE :

La période de carence est supprimée (sauf exceptions) au 1er juillet 2019 si l'incapacité dure au moins huit jours et si elle fait immédiatement l'objet d'une déclaration auprès de la mutuelle.

Si l'incapacité ne couvre que maximum sept jours, l'indépendant ne sera pas indemnisé.

2. La période d'INCAPACITE PRIMAIRE

Dès le 1^{er} jour d'incapacité, l'indépendant perçoit une indemnité journalière (dimanche non compris) :

- 49,68 € pour le bénéficiaire n'ayant pas de personne à charge
- 62,08 € pour le bénéficiaire ayant au moins une personne à charge
- 38,10 € pour le bénéficiaire cohabitant

Au 1er juillet 2019, l'indépendant ayant atteint l'âge légal de la retraite pourra bénéficier d'indemnités durant les six premiers mois d'incapacité pour autant que l'incapacité débute au plus tôt à la date précitée et qu'il paie des cotisations sociales au moins égales à la cotisation minimale d'un assujéti à titre principal.

3. La période d'INVALIDITE :

A partir du 13^e mois d'incapacité suit la période d'invalidité. Les montants sont de :

- 49,68 € pour le bénéficiaire n'ayant pas de personne à charge
- 62,08 € pour le bénéficiaire ayant au moins une personne à charge
- 38,10 € pour le bénéficiaire cohabitant

Ces chiffres sont respectivement de 49,68 €, 62,08 € et 42,60 € en cas d'assimilation.

Le montant de l'allocation forfaitaire pour **aide de tierce personne** s'élève à 23,87 €.

Les formalités à accomplir

Au niveau de la caisse d'assurances sociales

L'indépendant doit **prouver la cessation complète** de toute activité personnelle.

Il doit pour cela s'adresser à sa caisse d'assurances sociales en lui signalant qu'il cesse pour cause de maladie ou d'accident et lui renvoyer la preuve de cette cessation d'activité (déclaration de cessation d'activité...). A cette occasion, l'indépendant se verra proposer le régime de l'assimilation pour cause de maladie

Conditions

- * Faire la demande au moyen de la déclaration de cessation
- * 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'exercez aucun mandat
- * L'activité ne doit pas être continuée par personne interposée
- * Ne plus jouir de revenus professionnels
- * Etre en ordre de cotisations sociales

Au niveau de sa mutuelle

L'indépendant doit faire une déclaration d'incapacité de travail auprès de sa mutuelle immédiatement pour bénéficier de toutes les avantages liés à son incapacité. Elle est signée par l'indépendant et son médecin traitant.

En remplissant le questionnaire, il veillera à ne pas tomber dans un piège classique. A la question « avez-vous mis fin totalement à vos activités ? », il faut répondre **oui**, même si on envisage de reprendre ses activités après retour à meilleure santé.

En effet, ceux qui comprennent cette question comme « avez-vous mis définitivement fin à vos activités ? » et qui répondent non, ne se voient pas reconnaître le régime de l'incapacité de travail.

L'indépendant doit aussi répondre à toutes les convocations de sa mutuelle. En effet, il sera examiné par un médecin-conseil qui prendra la décision d'accorder ou de refuser le régime d'incapacité de travail.

Bien comprendre la notion de cessation d'activité

Cette notion a une signification différente pour votre mutuelle et votre caisse d'assurances sociales.

Il est tout à fait possible qu'une personne ayant cessé son activité personnelle puisse bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, tout en assurant la poursuite de son activité par un tiers.

Dans ce cas, elle ne pourra pas bénéficier de l'assimilation maladie et donc de l'exonération de ses cotisations sociales auprès de sa 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, l'indépendant sera dispensé de tout paiement de cotisation trimestrielle pendant la maladie tout en sauvegardant ses droits en matière d'assurance maladie invalidité, d'allocations familiales et de pension.

L'assimilation est octroyée par l'Inasti qui en informe la caisse d'assurances sociales et la mutuelle.

La reprise d'activité

Lorsque l'état de santé permet à l'indépendant de reprendre une activité, il doit en avertir sa caisse d'assurances sociales et sa mutuelle. Le médecin conseil de celle-ci peut l'autoriser à reprendre le travail partiellement pour une réintégration progressive.

5 | Les prestations liées à la maternité, l'adoption et le congé parental d'accueil

Les prestations précitées doivent être introduites par courrier simple auprès de votre mutuelle.

L'allocation de maternité

L'allocation de maternité est accordée par la mutuelle durant la période de repos de maternité à l'indépendante et à la conjointe aidante, affiliées à une caisse d'assurances sociales

Le repos de maternité est de 12 semaines (13 en cas de naissance multiple). Il comprend une période de repos obligatoire de 3 semaines et une période facultative de maximum 9 semaines (10 en cas de naissance multiple).

Pour en bénéficier, les mamans doivent :

- avoir accompli au moins 6 mois de stage auprès de la mutuelle
- être en ordre de cotisations sociales
- cesser toute activité pendant le congé de maternité.

L'allocation de maternité s'élève à 499,54 € par semaine (249,77 € en cas de reprise à mi-temps).

L'allocation d'adoption

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les deux parents adoptifs peuvent chacun prendre un congé d'adoption de 6 semaines maximum et cela quel que soit l'âge de l'enfant. Ce congé est porté à 12 semaines si l'enfant est handicapé.

Un délai supplémentaire d'une semaine est à répartir entre les parents d'adoption.

L'allocation d'adoption est également de 499,54 € par semaine d'arrêt de toute activité professionnelle.

L'allocation de congé parental d'accueil

Si l'indépendant accueille un enfant mineur dans le cadre d'un placement familial de longue durée, il pourra prétendre à un congé parental d'accueil. Ce congé est de maximum six semaines. Ce délai peut être majoré dans des conditions spécifiques.

Le montant de l'indemnité pour congé parental est également fixé à 499,54 € par semaine.

6 | Avantages supplémentaires

A ces avantages s'ajoutent une allocation de naissance ou une prime d'adoption et des allocations familiales. Celles-ci seront payées par la caisse d'allocations familiales.

La caisse d'assurances sociales, sous certaines conditions, pourra également accorder une aide à la maternité, une aide à l'adoption, un congé de paternité.

Une dispense de cotisations après accouchement est également accordée.

Note d'info | Indépendant

Cette note est informative. Elle constitue un bref aperçu des droits et obligations du starter et de l'indépendant.

E.R. : Jean-Benoît Le Boulengé | Caisse d'assurances sociales de l'UCM ASBL

N° 0409089679 Chaussée de Marche, 637 - 5100 Namur-
Tél. : 081/32.06.11 | cas@ucm.be |

FSMA 18700A-RPM Namur