

Le militaire et la sécurité sociale.

L'assurance maladie et maternité en métropole et dans les départements d'outre-mer.

1. Généralités.

L'assurance maladie et maternité prend en charge deux types de prestations :

- les prestations en nature qui couvrent, le plus souvent partiellement, les dépenses de soins : consultation, pharmacie, soins infirmiers, analyses de laboratoire, hospitalisation...;
- les prestations en espèces constituées par des indemnités journalières destinées à compenser la perte salaire en cas d'arrêt de travail provoqué par une blessure ou une maladie.

Le régime d'assurance maladie et maternité des militaires est géré par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) à laquelle sont affiliés, à titre principal, tous les militaires en activité de service et, en qualité de bénéficiaires, les ayants-droit définis par la législation de la sécurité sociale (cf. chapitre 3 ci-après).

La CNMSS intervient **pour les seules prestations en nature**, les prestations en espèces restant à la charge de l'organisme payeur de la solde dans le cadre du dispositif statutaire des congés liés à l'état de santé (1).

2. Comment être couvert ?

Aucune démarche personnelle n'est à effectuer pour être affilié à la CNMSS. La procédure d'immatriculation est prise en charge par l'autorité militaire, cependant et ceci pour quelques temps encore, il revient à l'assuré de fournir à la caisse, à la demande de celle-ci la domiciliation du compte bancaire ou postal sur lequel il souhaite que les prestations soient versées (2).

L'affiliation prend effet au jour de l'entrée en service (3). Elle est concrétisée par la délivrance d'une carte d'assurance maladie (Carte Vitale (4)) ainsi que d'une attestation de droits qui est le reflet du contenu de cette carte.

(1) – Voir la fiche N° 153.

(2) – Aucun remboursement ne peut être effectué par la CNMSS aussi longtemps que le RIB/RIP ne lui a pas été communiqué.

(3) – Le militaire déjà assuré au titre d'un autre régime ne peut opter pour la conservation de ce dernier, ce qui n'exclut pas que le temps d'assurance antérieur à l'entrée service puisse être pris en compte dans les cas (rares) où des conditions d'ancienneté sont exigées.

(4) – Il s'agit de la carte vitale 1 qui est une carte familiale, ce qui signifie qu'y figurent le militaire ainsi que ses ayants droit. Progressivement, cette carte sera remplacée par une carte vitale individuelle qui sera remise à chaque personne pouvant prétendre aux prestations au titre de l'affiliation du militaire (voir fiche n°5).

Toute évolution de la situation familiale, géographique ou de domiciliation bancaire doit être signalée à la CNMSS (le correspondant d'unité peut fournir toute information utile pour la réalisation de ces mises à jour).

La carte vitale est le justificatif des droits à l'assurance maladie qui constitue le passeport santé. Elle doit être personnellement conservée par son titulaire et actualisée à chaque fois que nécessaire.

En revanche, elle n'est pas, sauf dans les circonstances où le tiers payant est pratiqué (voir ci-après) un instrument de paiement pouvant servir à régler les frais de soins.

3. Qui peut prétendre aux prestations ?

- le militaire lui-même pour les affections qui n'ont pas été contractées du fait ou à l'occasion du service (5) ;
- ses ayants droit énumérés ci-après qui ne sont pas personnellement affiliés à un régime obligatoire d'assurance maladie – maternité :
 - le conjoint non divorcé, même séparé de droit ou de fait,
 - la personne vivant maritalement avec le militaire ou qui a conclu avec lui un pacte civil de solidarité sous réserve d'être à sa charge effective, totale et permanente ;
 - les enfants à sa charge ou à celle de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis :
 - âgés de moins de 16 ans,
 - âgés de moins de 18 ans s'il sont apprentis,
 - âgés de 20 ans au plus s'ils poursuivent des études ou sont dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle par suite d'infirmité ou de maladie chronique,
 - jusqu'au 30 septembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent 21 ans, les enfants qui ont dû interrompre leurs études pour cause de maladie;
 - les ascendants, descendants, collatéraux et alliés du militaire jusqu'au troisième degré qui vivent sous son toit et se consacrent exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants à sa charge âgés de moins de 14 ans ;
 - toute personne autre que celles énumérées ci-dessus qui vit avec le militaire depuis au moins un an et qui est à sa charge totale, effective et permanente (ne peut concerner qu'une personne par assuré social).

(5) – Les soins consécutifs à des blessures ou maladies imputables au service sont à la charge des services de santé des armées (SSA) ou, pour les affections ayant donné lieu à l'octroi d'une pension militaire d'invalidité, de l'administration des anciens combattants.

4. Les prestations.

41. Le niveau des remboursements.

Les tarifs et taux de remboursement sont identiques à ceux appliqués par le régime général de la sécurité sociale.

Le plus souvent, le remboursement est partiel. Une participation de l'assuré appelée ticket modérateur est laissée à sa charge. Elle peut varier, selon la nature des soins, de 20 à 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (6). De plus, une participation forfaitaire dont le montant est actuellement fixé à 1 € est retenue pour les actes suivants (7) :

- consultation d'un praticien généraliste ou spécialiste,
- examens radiologiques,
- examens de laboratoire.

Totalité ou partie du ticket modérateur peut être prise en charge et remboursée par la mutuelle (voir fiche N° 103).

Mais certains soins sont financés à 100 % par la sécurité sociale. Il s'agit principalement de ceux relatifs aux affections de longue durée, aux hospitalisations chirurgicales, à la maternité ainsi qu'aux actes de prévention.

Par ailleurs les titulaires d'une pension militaire d'invalidité sont pris en charge à 100 % par l'administration des anciens combattants pour les soins en relation avec l'infirmité pensionnée et par la CNMSS pour les autres soins.

Une évolution récente : l'institution du médecin traitant.

Dans le but de favoriser la coordination des soins, tout assuré et tout ayant-droit âgé de plus de 16 ans a été invité à choisir un médecin traitant avant le 1^{er} juillet 2005 (8). Si ce choix n'a pas été effectué ou s'il n'est pas respecté (consultation d'un autre praticien non justifiée par des circonstances particulières), une majoration du ticket modérateur sera appliquée. Cette majoration ne sera pas remboursée par la mutuelle.

42. Comment être remboursé ou pris en charge ?

421. Cas général.

Sauf si les soins sont délivrés gratuitement (par le personnel et/ou les infrastructures du SSA notamment) le patient doit en régler le montant au professionnel de santé (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste,...).

Le professionnel de santé télétransmet, à partir des informations figurant sur la carte Vitale, le dossier de soins à la CNMSS, laquelle rembourse le patient par un virement rapide au compte bancaire ou postal de celui-ci.

(6) – Cette base de remboursement peut différer du montant réglé au praticien si celui-ci est autorisé à pratiquer des honoraires libres.

(7) – Dans la limite de 50 € par an et pour les seuls actes concernant les personnes âgées d'au moins 18 ans. Cette participation n'est pas remboursée par les mutuelles.

(8) – Les militaires et leurs ayants droit qui sont bénéficiaires des soins du service de santé des armées peuvent désigner comme médecin traitant un médecin des armées. Par ailleurs, s'ils consultent un praticien militaire, quel qu'il soit, ils ne sont pas soumis à pénalité.

422. Pratique du tiers payant.

Le tiers payant consiste en un versement direct par la CNMSS au professionnel de santé du montant du remboursement qu'elle verserait à son assuré. Ce dernier est ainsi dispensé de l'avance de la somme correspondante et, s'il est adhérent à une mutuelle, totalité ou partie du ticket modérateur peut également être réglée suivant une procédure analogue.

Cette pratique, aujourd'hui très répandue, est appliquée par les établissements hospitaliers (hôpitaux civils et militaires, cliniques conventionnées) pour les hospitalisations et les soins externes, par les pharmacies et laboratoires (pas tous) et par les médecins généralistes référents (9).

Il va de soi que le tiers payant dont l'assise technique est un échange d'images entre le professionnel de santé et la CNMSS n'est possible que si l'assuré ou l'ayant droit peut présenter sa carte Vitale.

5. Les aides médico-sociales.

La CNMSS, dans le cadre de son action sanitaire et sociale, peut accorder des aides (aide ménagère, aide familiale, aide ménagère aux familles) et des secours (dépenses liées à la maladie, à la maternité ou au handicap insuffisamment ou pas couvertes par les prestations légales).

Pour obtenir ces prestations, un dossier particulier doit être constitué. Le correspondant d'unité et/ou l'assistant de service social peuvent apporter leur aide et leur conseil à cette fin.

Pour en savoir plus contacter et/ou consulter :

- Votre correspondant d'unité ;
 - la CNMSS, 247, avenue Jacques Cartier
83090 – TOULON CEDEX
- Site Internet www.cnmss.fr
Minitel : 3611 CNMSS

Le site Internet de l'assurance maladie : www.ameli.fr

(9) – A ne pas confondre avec le médecin traitant. Le médecin traitant peut être médecin référent mais un accord particulier assuré – praticien est indispensable à cet effet.

Le militaire et la sécurité sociale

L'assurance maladie et maternité dans les collectivités d'outre-mer, les territoires d'outre-mer et à l'étranger.

1. Généralités.

Dans les collectivités et territoires d'outre-mer la protection sociale est organisée dans des conditions différentes de celles en vigueur en métropole et dans les départements d'outre-mer. Il en va notamment ainsi pour l'assurance maladie et maternité qui relève de régimes créés localement et dont la coordination avec les autres régimes fait pour chacun l'objet de dispositions spécifiques et souvent complexes.

A l'étranger, la situation diffère suivant que le pays d'affectation est ou non membre de l'espace économique européen (1).

2. Collectivités et territoires d'outre-mer.

21. Wallis et Futuna, terres australes et antarctiques françaises.

Ces deux territoires sont placés hors du champ d'application des régimes d'assurance maladie. Le militaire qui y est affecté est astreint à une cotisation réduite (1 %) mais ne peut prétendre aux prestations de la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) pour les soins reçus localement. S'il est adhérent à la Mutuelle nationale militaire (MNM), cet organisme prend le relais de la CNMSS en contrepartie d'une cotisation majorée (catégorie B) qui permet une prise en charge équivalente. Celui qui n'est pas mutualiste peut, et il est très vivement conseillé de le faire, s'assurer soit auprès d'un organisme privé, soit auprès de la Caisse des français de l'étranger.

Les membres de la famille restés en métropole ou dans un département d'outre-mer demeurent pris en charge par la CNMSS en considération de la cotisation de maintien réduite évoquée ci-dessus.

22. Saint - Pierre et Miquelon.

Le militaire et sa famille, même si celle-ci est restée en métropole ou dans un département d'outre-mer, sont obligatoirement affiliés au régime local géré par la caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint – Pierre et Miquelon.

(1) – Les 25 pays membres de l'Union européenne + l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein auxquels il convient d'ajouter la Suisse qui a adhéré au règlement communautaire sans être membre de l'espace économique européen.

23. Polynésie française.

Le militaire et les membres de sa famille résidant avec lui peuvent choisir entre deux possibilités :

- s'adresser directement à la CNMSS et obtenir un remboursement selon les modalités applicables aux assurés en service ou en mission à l'étranger ;

- bénéficier pour le compte de la CNMSS des prestations auprès de la caisse de prévoyance sociale (CPS) de Polynésie sur la base du tarif et des taux appliqués par cette caisse.

24. Nouvelle Calédonie.

La situation diffère selon que l'on est affecté ou envoyé en renfort temporaire.

- Le militaire affecté et les membres de sa famille résidant ou non avec lui relèvent obligatoirement du régime local géré par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs (CAFAT). La CAFAT rembourse les dépenses de santé selon des modalités qui lui sont propres. La MNM prend en charge au profit de ses adhérents, en contrepartie d'une cotisation majorée, la partie non remboursée par la CAFAT et se substitue à celle-ci, le cas échéant, pour les soins qu'elle n'accepte pas.

Les ayants droit restés en métropole ou dans un département d'outre-mer sont pris en charge par la CNMSS, sur la base de ses taux et tarifs, pour le compte de la CAFAT.

- Le militaire en renfort temporaire (durée inférieure ou égale à 6 mois) conserve ses droits auprès de la CNMSS mais peut opter s'il reçoit des soins en Nouvelle-Calédonie pour le service des prestations de la CAFAT. La prise en charge complémentaire de la MNM est dans ce dernier cas identique à celle fixée pour les militaires affectés, ce sans supplément de cotisation.

25. Mayotte.

La situation, là aussi, diffère selon qu'il s'agit d'une affectation ou d'un renfort temporaire.

- Le militaire affecté et les membres de sa famille résidant ou non avec lui relèvent obligatoirement du régime local géré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

Les soins dispensés en milieu sanitaire public sont gratuits. Les soins dispensés dans le secteur libéral sont remboursés par la CSSM sur la base de tarifs identiques à ceux de métropole. Cette prise en charge n'est effective qu'autant que le professionnel de santé a conclu une convention avec la caisse, ce qui n'est pas encore le cas pour la majorité d'entre eux. La MNM qui, à terme, interviendra à titre complémentaire comme en métropole et dans les DOM maintient, pour cette raison, la catégorie B au profit des mutualistes affectés à Mayotte pour autant qu'ils le souhaitent.

Les ayants droit restés en métropole, bien qu'affiliés au régime mahorais, continuent à titre transitoire, à être pris en charge par la CNMSS par le service des prestations.

- Le militaire en renfort temporaire (durée inférieure ou égale à 6 mois) demeure affilié à la CNMSS qui assure à son profit et à celui de ses ayants droit le service des prestations.

3. Etranger.

31. Hors de l'espace économique européen (EEE)

Le militaire en service ou en mission à l'étranger continue à bénéficier de ses droits auprès de la CNMSS. Les prestations lui sont versées dans les conditions prévues pour les assurés résidant à l'étranger.

32. Dans un pays de l'EEE.

Comme dans la situation précédente, les droits auprès de la CNMSS sont conservés. Mais il est possible d'opter entre la prise en charge des soins par celle-ci (mêmes conditions que ci-dessus) ou par la caisse étrangère du lieu de résidence.

Avant d'effectuer le choix, il convient de se renseigner précisément, sur place, de ses conséquences qui diffèrent selon les pays.

33. Quelques conseils.

- Dans certains pays, notamment hors EEE, les frais de santé peuvent s'avérer très élevés. La différence entre le prix réel et le montant du remboursement risque d'entraîner des difficultés financières.
Aussi convient-il de souscrire une garantie complémentaire (mutuelle – MNM en catégorie B ou assurance), d'autant qu'il n'existe que très peu de possibilités d'obtenir une intervention de la CNMSS comme tiers payant.
- Les militaires affectés à l'étranger qui sont accompagnés par leur famille ont intérêt à se prémunir contre des dépenses liées à l'état de santé qui ne seraient pas prises en charge ou prises en charge dans des conditions insatisfaisantes en souscrivant des contrats d'assurance ou d'assistance couvrant, en particulier, les frais d'évacuation sanitaire.

Pour en savoir plus, consulter et/ou contacter :

- le Guide de la protection médico-sociale du militaire en activité de service ;
 - la CNMSS : www.cnmss.fr
 - la MNM : www.mnm.fr Téléphone : 08 20 37 38 39
- et, le cas échéant,
- la caisse des français de l'étranger (CFE) : www.cfe.fr
 - la mutuelle des affaires étrangères : www.mutuelle.mae.fr