

9. JE RÉSIDE EN BELGIQUE ET JE TRAVAILLE EN FRANCE DANS LE SECTEUR PRIVÉ

QU'EN EST-IL EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ?

Les règlements européens prévoient que le travailleur paie ses cotisations de sécurité sociale dans le pays dans lequel il travaille. En travaillant en France, vous êtes donc assujéti au régime de sécurité sociale français.

Pour les prestations des assurances maladie-maternité-paternité-décès-accident du travail-maladies professionnelles, votre dossier est géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Vous devez vous affilier auprès de la CPAM du lieu du siège social de votre employeur. Il s'agit d'une démarche obligatoire. Vous devez néanmoins rester affilié à votre mutuelle belge (ou à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité - CAAMI).

FORMALITÉS ADMINISTRATIVES POUR ÊTRE ASSURÉ EN BELGIQUE ET EN FRANCE ?

Demandez le formulaire E104B (ou H012) à votre mutuelle belge. Remettez ce formulaire à votre CPAM. La CPAM établit alors deux formulaires S1 (ou E106F), à remettre à votre mutuelle belge. Vous êtes ainsi couvert de part et d'autre de la frontière. Vous recevez ensuite la carte Vitale (comparable à la carte SIS belge) et une attestation de droits pour les soins dispensés en France.

SI JE SUIS EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL ?

Démarches

Vous devez prévenir votre employeur de votre incapacité le plus rapidement possible, en lui faisant parvenir votre certificat médical. Le délai de prévenance est souvent fixé, par les conventions collectives ou les usages, à 48 heures. Vous devez également remettre à votre CPAM une prescription d'arrêt de travail au plus tard dans les 2 jours suivant l'interruption.

En cas de prolongation de l'arrêt initial, les mêmes formalités doivent être effectuées. En cas de reprise anticipée du travail avant l'expiration de l'arrêt maladie, vous devez avertir votre CPAM dans les 24 heures.

Qui indemnise ? Délai de carence ?

Les indemnités d'incapacité de travail sont versées par la France. Un délai de carence de 3 jours est appliqué (sauf en cas de maladie de longue durée). Les indemnités journalières sont versées par la CPAM pour chaque jour, ouvrable ou non, d'interruption de travail, mais seulement à partir du 4^{ème} jour de l'incapacité de travail.

Remarque : le maintien de tout ou partie du salaire est prévu, sous certaines conditions, par la loi ou par les dispositions plus favorables des conventions collectives.

Taux d'indemnisation ?

L'indemnité journalière correspond à 50% du salaire journalier de référence. En aucun cas, elle ne peut dépasser un certain barème (42,32€ au 01/01/2013).

Cette indemnité est majorée à 66% du salaire journalier de référence à partir du 31^{ème} jour d'incapacité si vous avez au moins 3 enfants à charge (avec un maximum de 56,43€ au 01/01/2013).

Ces indemnités sont soumises aux cotisations sociales ainsi qu'à l'impôt sur le revenu.

Concernant l'impôt sur le revenu, dans les faits, votre CPAM ne vous prélève pas de retenue à la source et vous transmettra par la suite la fiche fiscale nécessaire pour votre déclaration.

Indemnité complémentaire de l'employeur ?

L'employeur doit octroyer une indemnité complémentaire sous les conditions suivantes :

- ancienneté d'un an au premier jour d'incapacité ;
- justification de l'absence dans les 48 heures et constatation de la maladie par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu ;
- prise en charge par la CPAM ;
- soins en France ou dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE.

Vous recevez ainsi pendant 30 jours 90% de la rémunération brute que vous auriez perçue si vous aviez continué à travailler. Pendant les 30 jours suivants, vous recevez les 2/3 de cette rémunération (cette indemnisation à 2/3 est augmentée de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté, sans pour autant dépasser 90 jours). Le point de départ de cette indemnisation complémentaire est fixé au 1er jour de l'incapacité si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Dans les autres cas, il est fixé au 8^{ème} jour d'incapacité.

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre mutuelle belge et de votre CPAM :

- pour le remboursement des soins de santé (soins médicaux, pharmaceutiques, frais d'hospitalisation...) et le choix de bénéficier des prestations en Belgique et/ou en France, en fonction de la proximité, de la nature des soins, du montant des remboursements...
- concernant les conditions et modalités pour que les membres de votre famille puissent bénéficier de prestations et de soins en Belgique et en France.
- concernant les assurances et les avantages complémentaires proposés par votre mutuelle belge.

JE CESSE DE TRAVAILLER EN FRANCE, QUE DOIS-JE FAIRE ?

En cas de fin d'activité professionnelle en France, vous devez clôturer votre dossier auprès de votre CPAM. Vous lui remettez votre carte Vitale et tout document justifiant votre fin de contrat de travail en France. Votre CPAM établira un formulaire E104F (ou H012), à remettre votre mutuelle belge afin de maintenir vos droits en Belgique. Remarque : si votre dossier auprès de votre CPAM est clôturé et que vous avez des soins programmés en France, vous devrez contacter votre mutuelle belge concernant les modalités, les autorisations préalables et le taux de remboursement appliqué pour ces prestations.

COORDONNÉES UTILES

Mutualité Chrétienne :

Téléphone : 0800 10 987 (de Belgique)

Adresse internet : <http://www.mc.be>

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) :

Téléphone : 0033 8 11 70 36 46 (de Belgique)

Adresse internet : <http://www.ameli.fr>