

[Accueil](#) > [Protection sociale](#) > Le régime de sécurité sociale des députés

Service de la Gestion financière et sociale

233 boulevard Saint-Germain - 6^{ème} étage

Téléphone : 01 40 63 86 22

service-aff-sociales@assemblee-nationale.fr

Mis à jour en mai 2014

PROTECTION SOCIALE

Le régime de sécurité sociale des députés

LES RÈGLES D’AFFILIATION AU FONDS DE SÉCURITÉ SOCIALE

- L’affiliation à l’assurance de base
 - Les députés en exercice
 - Les membres de la famille et autres ayants droit
- L’affiliation à l’assurance complémentaire

LES PRESTATIONS

- Les prestations d’assurance maladie-maternité
 - Les actes, produits et prestations pris en charge par l’assurance de base et l’assurance complémentaire
 - Les actes, produits et prestations uniquement pris en charge par l’assurance complémentaire
 - La nécessité d’une entente préalable
 - Les modalités de remboursement
 - La participation forfaitaire (1 euro)
 - Les franchises médicales
 - Le choix du médecin traitant
 - Le parcours de soins coordonnés
 - L’assurance maternité
 - La prise en charge des frais d’hospitalisation
 - La prise en charge des affections de longue durée (ALD)
 - La prise en charge des cures thermales

- La prise en charge des transports sanitaires
- La prise en charge des substituts nicotiniques
- La prévention
- La prise en charge des soins à l'étranger
- Les accidents engageant la responsabilité d'un tiers
- Les prestations en cas de décès
 - Les prestations réglementaires
 - Le capital-décès
 - L'allocation pour frais de funérailles
 - L'assurance collective contractuelle
- Les prestations familiales
- Les prestations d'action sanitaire et sociale
 - La prise en charge de l'intervention d'une travailleuse familiale
 - L'aide à la convalescence

RÉPERTOIRE NATIONAL COMMUN DE PROTECTION SOCIALE (RNCPS)

SITE AMELI D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE MALADIE

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DE VOS CORRESPONDANTS À LA DIVISION DES PRESTATIONS SOCIALES ET DES TRAITEMENTS DU SERVICE DE LA GESTION FINANCIÈRE ET SOCIALE

Le régime de sécurité sociale des députés fait intervenir le Fonds de sécurité sociale des députés et anciens députés et, pour certaines prestations, le budget de l'Assemblée nationale.

Le Fonds de sécurité sociale a été créé et organisé par un arrêté du Bureau de l'Assemblée nationale en date du 9 janvier 1948. Son organisation actuelle découle d'un arrêté du Bureau de l'Assemblée nationale du 31 mars 1999, entré en application le 1er octobre 2001.

Il est constitué d'une assurance de base et d'une assurance complémentaire, l'adhésion à cette dernière étant facultative :

- l'assurance de base sert des prestations maladie identiques à celles du régime général de sécurité sociale, ainsi que des prestations en matière de décès et en matière d'action sanitaire et sociale ;

- l'assurance complémentaire sert des prestations en matière de maladie et de maternité définies par les Questeurs de l'Assemblée nationale, sur proposition de son comité de gestion.

Son comité de gestion, traditionnellement présidé par le premier Questeur, est composé des Questeurs, du Secrétaire général de la Questure, du directeur du service de la Gestion financière et sociale, d'un représentant de chaque groupe politique et

d'un représentant du Groupe des anciens députés. La gestion administrative du Fonds est assurée par la division des prestations sociales et des traitements, relevant du service de la Gestion financière et sociale.

Le budget de l'Assemblée nationale prend en charge les prestations familiales, les prestations d'invalidité et des prestations en cas de décès.

LES RÈGLES D'AFFILIATION AU FONDS DE SÉCURITÉ SOCIALE

L'affiliation à l'assurance de base

Les députés en exercice

Les députés en exercice sont obligatoirement affiliés à l'assurance de base du Fonds de sécurité sociale. À ce titre, la contribution sociale généralisée (CSG) est prélevée sur l'indemnité parlementaire et sur l'indemnité représentative de frais de mandat (IRFM).

En cas d'exercice d'une activité professionnelle accessoire parallèlement au mandat parlementaire, l'ensemble des prélèvements obligatoires liés à cette activité est dû au régime dont elle relève. En contrepartie, ils acquièrent des droits aux prestations afférentes aux risques professionnels encourus, ainsi qu'à l'assurance vieillesse du régime correspondant à cette activité.

De même, les cotisations sociales continuent d'être prélevées sur d'éventuelles pensions perçues, même si les prestations maladie ne sont servies que par le Fonds de sécurité sociale, en application de l'article L.131-1 du code de la sécurité sociale.

Les membres de la famille et autres ayants droit

Le conjoint ou la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) **bénéficie des prestations maladie et maternité de l'assurance de base du Fonds de sécurité sociale à condition qu'il ne relève pas d'un autre régime d'assurance maladie obligatoire, en raison de l'exercice d'une activité professionnelle ou de la perception d'une pension de retraite servie par un autre régime.** Une **déclaration d'affiliation du conjoint ou assimilé** est téléchargeable sur le site Intranet 577.

De même, la personne vivant maritalement avec l'assuré a les mêmes droits, à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente. Afin de bénéficier de cette disposition, l'assuré doit fournir la **déclaration d'affiliation du conjoint ou assimilé** et, chaque année, une **attestation de vie maritale**, cosignée par la personne intéressée, également téléchargeable sur le site Intranet 577.

Les enfants à la charge de leurs parents bénéficient des prestations de l'assurance de base du Fonds jusqu'à leur 16ème anniversaire.

Les parents, qui ont tous deux la qualité d'assuré social (même auprès de régimes différents), peuvent demander, conjointement ou séparément, que leurs enfants soient rattachés, en qualité d'ayants droit, à chacun d'entre eux pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité. Les demandes peuvent être effectuées à tout moment. Lorsque l'enfant aura 16 ans, les parents devront

toutefois déterminer le régime qui établira sa carte Vitale.

La prise en charge des enfants est prolongée jusqu'à 20 ans en cas d'études secondaires (si à cette date, l'enfant est encore élève de l'enseignement secondaire, son droit aux prestations est prolongé) ou supérieures ; ils relèvent ensuite du régime de sécurité sociale propre aux étudiants. De même, la prise en charge est prolongée jusqu'au 20ème anniversaire, et même au-delà, en cas de maladie incurable ou d'infirmité apparues avant le 20ème anniversaire rendant l'enfant définitivement inapte à tout travail rémunéré.

Si le 20ème anniversaire de l'enfant survient au cours de l'année universitaire, le bénéfice des prestations de l'assurance de base est prolongé jusqu'à la fin de celle-ci (soit jusqu'au 30 septembre).

Lorsque l'enfant suit une formation en alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation), il acquiert le statut de salarié. Il convient donc qu'il devienne assuré du régime général, pour bénéficier pleinement des prestations en espèces de celui-ci (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail) et de la législation sur les accidents du travail. En revanche, il pourra rester affilié à l'assurance complémentaire jusqu'à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle il aura atteint l'âge de 20 ans.

Si l'enfant poursuit ses études dans un établissement d'enseignement supérieur ne relevant pas du régime des étudiants, il continue de bénéficier des prestations de l'assurance de base du Fonds, au titre du maintien des droits pour une durée maximale d'un an. À l'issue de cette période et en cas de poursuite des études dans le même établissement, il peut devenir assuré volontaire à l'assurance de base jusqu'à l'âge de 28 ans. Afin de bénéficier de cette disposition, l'assuré doit fournir une **déclaration d'affiliation d'un étudiant de plus de 20 ans**, renouvelable à chaque rentrée, cosignée par la personne intéressée. Cette attestation est téléchargeable sur le site Intranet 577.

En vertu de l'article L.161-14 du code de la sécurité sociale, une personne et une seule, dépourvue de tout droit à un régime obligatoire d'assurance maladie, membre ou non de la famille de l'assuré, peut bénéficier des prestations de l'assurance de base du Fonds, à condition d'habiter chez l'assuré depuis plus d'un an et d'être à sa charge, effective, totale et permanente. Afin de bénéficier de cette disposition, l'assuré doit fournir une **déclaration d'affiliation d'un ayant droit à charge**, renouvelable tous les ans, cosignée par la personne intéressée. Cette attestation est téléchargeable sur le site Intranet 577.

Important : tout changement dans la situation personnelle et familiale de l'assuré doit être porté à la connaissance du Fonds de sécurité sociale. Il en est de même pour tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires

L'affiliation à l'assurance complémentaire

L'affiliation à l'assurance complémentaire du Fonds est facultative. Elle n'est ouverte qu'aux assurés et à tous les membres de leur famille (et autres ayants droit) qui bénéficient des prestations de l'assurance de base du Fonds. À ce titre, une cotisation, dont le taux varie selon la composition de la famille, est prélevée sur l'indemnité parlementaire de l'assuré. Pour l'assuré principal, la cotisation s'élève à 0,6 % de l'indemnité parlementaire. Pour l'assuré principal et son conjoint, ainsi que, éventuellement, ses autres ayants droit, le taux de cotisation s'élève à 0,9 %.

Par dérogation à cette règle, le conjoint d'un assuré (ou la personne qui vit maritalement avec lui ou est liée par un PACS) **peut rester affilié à l'assurance complémentaire même s'il fait liquider une pension auprès d'un autre régime de retraite, à condition d'être affilié à l'assurance de base en qualité d'ayant droit à la date où il fait liquider cette pension.** À ce titre, une cotisation forfaitaire de 60 euros est prélevée sur l'indemnité parlementaire de l'assuré.

En revanche, ce conjoint ne sera plus affilié à l'assurance de base du Fonds et devra donc s'assurer auprès du régime qui lui verse sa pension. Pour obtenir le remboursement de ses soins, il devra s'adresser d'abord à ce régime, puis transmettre au Fonds de sécurité sociale les relevés de celui-ci, afin d'obtenir le remboursement de la part complémentaire.

Le service de la Gestion financière et sociale se réserve le droit de réclamer les avis d'imposition des intéressés pour contrôler le respect de ces règles d'affiliation.

Important : Carte Vitale

Si, avec votre Carte Vitale, vous rencontrez un problème de transmission des données, pour la prise en charge par le régime de base ou l'assurance complémentaire, lors d'une transaction avec un professionnel de santé, cela peut être dû à un problème de paramétrage du logiciel de santé.

Vérifiez avec le paramétrage de son paramétrage :

Grand régime 14, Caisse 100, Centre gestionnaire 0000, Centre informatique 001,
soit le code 000000 14 001 100.

Pour la caisse complémentaire, le code préfectoral est : 007 14 014.

Si le problème persiste, il convient d'appeler le 01 40 63 86 31.

Pour mettre à jour les données de votre carte Vitale, vous disposez de deux bornes Vitale situées à côté du bureau de poste au Palais Bourbon et au service de la gestion financière et sociale au 6ème étage du 233 boulevard Saint-Germain.

Vous pouvez aussi trouver d'autres informations sur le site de la carte Vitale 2 et sur Wikipedia.

Pour tout renseignement concernant les règles d'affiliation au Fonds de sécurité sociale, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 31 ou 01 40 63 86 31

LES PRESTATIONS DU FONDS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les prestations d'assurance maladie-maternité

Les actes, produits et prestations pris en charge par l'assurance de base et l'assurance complémentaire

Seuls peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance de base du Fonds, les actes, produits et prestations pris en charge par le régime général de sécurité sociale. Les règles relatives au calcul des prestations ainsi que les tarifs utilisés sont également ceux appliqués par le régime général.

Pour ceux qui y sont affiliés, l'assurance complémentaire complète les prestations servies par l'assurance de base, en prenant intégralement en charge le ticket modérateur et, dans les limites fixées par le comité de gestion, les dépassements d'honoraires.

Actes	Assurance de base	Assurance complémentaire	TOTAL
Actes des médecins			
Consultation de généralistes	70% TC ⁽¹⁾	80% TC	150% TC
<i>Ex : TC = 23 €</i>	<i>16,10 €</i>	<i>18,40 € max</i>	<i>34,50 € max</i>
Consultation de spécialistes	70% TC	105% TC	175% TC
<i>Ex : TC = 23 €</i>	<i>16,10 €</i>	<i>23,15 € max</i>	<i>39,25 € max</i>
Actes d'obstétrique	70% TC	80% TC	150% TC
Actes d'anesthésie	70% TC	80% TC	150% TC
Actes de chirurgie	70% TC	80% TC	150% TC
Actes d'échographie	70% TC	105% TC	175% TC
Actes d'imagerie	70% TC	80% TC	150% TC
Actes techniques médicaux	70% TC	80% TC	150% TC
Hospitalisation			
Soins	70%, 80% ou 100% TC selon les cas	0%, 20% ou 30% TC selon les cas	100% TC
Dépassements d'honoraires		Variable selon la durée du séjour	
Forfait journalier		100% TC	100% TC
Chambre particulière		100% DE ⁽²⁾ dans la limite de 90 €	100% DE ⁽²⁾ dans la limite de 90 €
Actes dentaires			
Consultations	70% TC	80% TC	150% TC
Soins et chirurgie (actes en SC et DC)	70% TC	130% TC	200% TC
Chirurgie (actes en KCD)	70% TC	230% TC	300% TC
Radiologie	70% TC	80% TC	150% TC
Prothèses <i>Ex : couronne</i>	70% TC <i>75,25 €</i>	330% TC <i>354,75 €</i>	400% TC <i>430,00 €</i>
Orthodontie (adultes et enfants)	70% TC	330% TC	400% TC
Inlay composite Inlay or ou céramique	70% TC 70% TC	55% TC Limite de 540% TC (3)	125% TC 610% TC max
Prothèses sur implants	70% TC	300% TC	370% TC
Analyses et examens biologiques	60% TC	40% TC	100% TC
Auxiliaires médicaux	60% TC	40% TC	100% TC
Transports	65% TC	35% TC	100% TC
Pharmacie			
Vignettes bleues	65% TC	35% TC	100% TC

Vignettes blanches	30% TC	70% TC	100% TC
Vignettes oranges	15% TC	0% TC	15% TC
Médicaments coûteux	100% TC	0% TC	100% TC
Cures thermales			
Forfait de surveillance médicale	70% TC	30% TC	100% TC
Forfait thermal	65% TC	35% TC	100% TC
Hébergement	65% TC	35% TC	100% TC
Transport	65% TC	35% TC	100% TC
Optique			
Lunettes enfants (moins de 18 ans)			
- monture	60% TC	340% TC	400% (soit 121,96 € max.)
- verre	60% TC	590% TC	650% TC
Lunettes adulte			
- monture	60% TC	40% TC + forfait de 117,16 €	120 €
- verre	60% TC	1 340% TC + forfait de 60 €	1 400% TC + forfait de 60 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale (plafond annuel pour 1 œil)	60% TC	240% TC	400% TC (soit 157,92 € max.)
Dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP)	60% TC	140% TC	200% TC
Prothèses capillaires et mammaires (pour les assurés bénéficiant d'une ALD au titre d'un cancer)	60% TC	340% TC	400% TC
Audioprothèse simple	60% TC	490% TC	550% TC (soit 1 098,41 €)
Pièces détachées d'audioprothèses inscrites sur la LPP	60% TC	440% TC	500% TC
Véhicules pour handicapés physiques	100% TC	200% TC	300% TC

(1) TC : tarif de la sécurité sociale

(2) DE : dépense engagée par l'assuré

(3) Variable selon la technique utilisée

Imprimer le tableau des actes, produits et prestations pris en charge par l'assurance de base et l'assurance complémentaire

Les actes, produits et prestations uniquement pris en charge par l'assurance complémentaire

Au fil du temps, le comité de gestion du Fonds a décidé le remboursement de certains actes, produits et prestations par l'assurance complémentaire, alors même

qu'ils n'étaient pas remboursés par le régime général (et donc par l'assurance de base).

Le tableau ci-dessous précise les conditions de cette prise en charge. Les actes en gras nécessitent un accord préalable du médecin-conseil ou du dentiste-conseil.

Actes	Assurance complémentaire
Soins dentaires :	
- forfait bridge	276,50 €
- forfait implant	480,00 €
- greffe d'os avant implant	200 €, 500 € ou 1000 €⁽³⁾
- couronne ou appareil (bridge) provisoire	100 % TC couronne définitive (soit 107,50 € max)
- parodontie	50 % de la DE⁽¹⁾ dans la limite de 1 250,00 € par an et de 2 années de traitement
Vaccins et médicaments anti-paludéens	100% DE
Forfait contraception (dispositifs hormonaux non remboursés par la sécurité sociale)	Dans la limite de 80 € par an
Séances d'ostéopathie et de chiropractie	33 € par séance, dans la limite de 6 séances par année civile
Consultations de diététiciens (uniquement pour les assurés souffrant de certaines ALD)	33 € par consultation, dans la limite de 6 consultations dans l'année qui suit l'ALD, puis d'une consultation par semestre
Séances de psychomotricité en milieu libéral :	100% DE dans la limite de :
- séance de bilan et d'entretien préalable	71,10 €
- séances de rééducation	28,44 €
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale (<i>plafond annuel pour 1 œil</i>)	400% TC ⁽²⁾ et ⁽⁵⁾ (soit 157,92 € max)
Dosage du HDL cholestérol	100% DE
Mesure de la densitométrie osseuse	100% DE
Opération de la myopie (pour les assurés âgés de plus de 25 ans seulement)	dans la limite de 500 € par oeil
Appareillage pour pathologies oculaires graves	30% RC⁽⁴⁾

(1) DE : dépense engagée par l'assuré

(2) TC : tarif de la sécurité sociale

(3) Selon la technique utilisée et, dans le dernier cas, éventuellement majoré de 500 €

(4) RC : reste à la charge de l'assuré

(5) Sur présentation d'une

*ordonnance de moins d'un
an*

Imprimer le tableau des actes, produits et prestations uniquement pris en charge par l'assurance complémentaire

Pour tout renseignement sur les prestations d'assurance maladie du Fonds de sécurité sociale, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 22 ou 01 40 63 86 22

La nécessité d'une entente préalable

L'entente préalable est indispensable pour certains traitements (orthodontie, séances de kinésithérapie, actes infirmiers, orthophonie, appareillages, etc.) et certains transports (transports de plus de 150 km ou transports en série). Il convient donc d'adresser au médecin-conseil ou au dentiste-conseil (service de la Gestion financière et sociale), avant le début des soins, l'ordonnance du médecin et un formulaire de demande de prise en charge rempli soit par le praticien, soit par l'auxiliaire médical effectuant le traitement.

L'accord préalable du médecin-conseil est également requis pour certaines des prestations servies par la seule assurance complémentaire (cf. ci-dessus).

Les modalités de remboursement

Pour le remboursement des soins, **il est recommandé de privilégier l'utilisation de la carte Vitale**, qui évite la manipulation des feuilles de soins papier et permet un versement plus rapide des prestations.

Dans le cas contraire, l'assuré doit transmettre la feuille de soins papier établie par le professionnel de santé et qu'il aura complétée avec son numéro « INSEE » (inscrit sur la carte Vitale) afin d'éviter les erreurs d'homonymie, le double des ordonnances médicales (y compris pour les analyses de laboratoire) ainsi que les vignettes des médicaments achetés. Ces documents doivent être déposés au bureau 8622 (6ème étage du 233 boulevard Saint-Germain) ou envoyés, dans une enveloppe affranchie, à l'adresse suivante :

**FONDS DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSEMBLÉE
NATIONALE
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP**

Le délai de prescription pour le remboursement des soins est de deux ans à compter de la fin du trimestre au cours duquel les soins ont été dispensés.

La participation forfaitaire (1 euro)

La participation forfaitaire s'applique, **pour les assurés de plus de 18 ans**, pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, ainsi qu'aux examens de radiologie et aux analyses de biologie médicale. **Les règles de la participation forfaitaire n'ont aucun lien avec celles du parcours de soins** : elle s'applique donc aux actes du médecin traitant ou du médecin spécialiste

correspondant.

En revanche, elle ne s'applique pas aux consultations, actes ou soins réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes,...).

La participation forfaitaire ne s'applique pas aux femmes enceintes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour qui suit l'accouchement. En revanche, elle s'applique aux soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD) ou un accident du travail.

Le montant maximal des participations forfaitaires qui peuvent être retenues pour un même professionnel de santé le même jour est fixé à 4 euros. Cela est notamment le cas pour les laboratoires s'ils effectuent plusieurs analyses pour un même prélèvement.

Le montant maximal des participations qui peuvent être retenues est limité à 50 euros pour chacun des membres de la famille, entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année.

La participation forfaitaire est prélevée immédiatement lors du remboursement des soins en l'absence de tiers payant. En revanche, en cas de tiers-payant, la participation forfaitaire est constatée et fait l'objet d'une récupération lors d'un remboursement ultérieur. Le relevé de prestations précise le prénom du bénéficiaire de l'acte qui a donné lieu à l'enregistrement d'une participation et la date de celui-ci.

Les franchises médicales

Des franchises médicales s'appliquent, depuis le 1er janvier 2008, aux médicaments, aux actes effectués par un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure, podologue, orthophoniste, orthoptiste, prothésiste ou diététicien...) et aux transports sanitaires (ambulance, VSL, taxi) Ces franchises s'élèvent à 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte paramédical et à 2 euros par transport (un aller-retour compte pour 2 transports).

Comme pour la participation forfaitaire (1 euro), les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité (à partir du 6ème mois de grossesse) et les mineurs (qui n'ont pas atteint 18 ans au 1er janvier) sont exonérés En revanche, les franchises sont applicables aux assurés en ALD et en matière d'accidents du travail.

Le montant cumulé des franchises ne peut excéder un plafond annuel de 50 euros pour chacun des membres de la famille, entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année.

En second lieu, il est également prévu un plafonnement journalier, lorsque plusieurs actes ou prestations sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, fixé à 2 euros pour les actes paramédicaux et à 4 euros pour les transports Il n'y a pas de plafond journalier pour les médicaments.

La franchise est prélevée immédiatement lors du remboursement des soins en l'absence de tiers payant En revanche, en cas de tiers-payant, la franchise est constatée et fait l'objet d'une récupération lors d'un remboursement ultérieur.

Le choix du médecin traitant

Le dispositif du médecin traitant ne s'applique pas aux enfants de moins de 16 ans.

Tout médecin (généraliste ou spécialiste) peut être choisi comme médecin traitant s'il accepte d'assumer cette fonction. Il peut exercer en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé. Pour que ce choix soit enregistré, il convient de compléter le **formulaire de déclaration**, de le signer, de le faire signer par le médecin choisi et de l'adresser au Fonds de sécurité sociale. La procédure est identique en cas de changement du médecin traitant : **un nouveau formulaire signé par le nouveau médecin choisi doit être transmis au Fonds de sécurité sociale.**

Chacun des membres de la famille peut choisir un médecin différent. Pour les jeunes de 16 à 18 ans, le formulaire de déclaration doit être signé par l'un des parents ou par la personne qui exerce l'autorité parentale.

Le parcours de soins coordonnés

Lors de sa réunion du 6 juillet 2005, le comité de gestion a décidé que l'assurance complémentaire du Fonds se conforme aux obligations imposées aux contrats dits « responsables ».

Dès lors, elle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur (égale à 40 % du tarif de sécurité sociale, plafonnée à 10 € par acte : l'assurance de base ne prend alors en charge que 30 % du tarif de l'acte) et les remboursements des dépassements d'honoraires sont réduits de 8 euros, lorsque l'assuré ne se situe pas dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Elle ne prend pas en charge non plus la participation forfaitaire de 1 euro et les franchises médicales.

Les cas selon lesquels les assurés de plus de 16 ans se situent dans le parcours de soins (OUI) ou hors de celui-ci (NON) sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

	Médecin traitant déclaré	Aucun médecin traitant déclaré
Urgence	OUI	OUI
Hors résidence habituelle	OUI	OUI
Médecin remplaçant	OUI	NON
Médecin libéral installé depuis moins de 5 ans	OUI	NON
Médecin libéral installé dans une zone médicalement déficitaire	OUI	NON
Spécialistes en accès spécifique ⁽¹⁾	OUI	NON
Spécialistes ou généralistes sans orientation du médecin traitant	NON	NON
Spécialistes ou généralistes avec orientation du médecin traitant	OUI	NON

⁽¹⁾ *Gynécologues, ophtalmologues, stomatologistes, psychiatres et neuropsychiatres (patients de moins de 26 ans), pour certains actes seulement.*

En outre, **le dispositif du parcours de soins coordonnés ne s'applique pas aux soins réalisés lors d'une hospitalisation (secteur public ou privé)**, ainsi qu'aux actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes), les laboratoires, les pharmaciens, les transporteurs sanitaires et les fournisseurs d'appareillages (opticiens, etc.).

L'assurance maternité

La déclaration de grossesse

Une fois la grossesse confirmée par une prise de sang, un premier examen est effectué par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Cet examen permet notamment de fixer la date présumée de début de la grossesse. À l'issue de celui-ci, **un document en trois volets intitulé « Premier examen prénatal »** est remis à la mère. Ce document **doit être adressé au Fonds de sécurité sociale avant la fin de du 3ème mois de grossesse**, si la mère y est affiliée. Dès lors, un « **Guide de surveillance médicale mère et nourrisson** », précisant le calendrier des examens médicaux à effectuer, sera adressé à la mère. Les étiquettes qu'il comporte devront être collées sur les feuilles de soins correspondantes.

La prise en charge des soins

Du 1er au 5ème mois de grossesse, les frais médicaux sont remboursés dans les conditions habituelles. Seuls les examens prénataux obligatoires sont pris en charge à 100 % par l'assurance de base, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. **Dès le premier jour du 6ème mois de la grossesse et jusqu'à douze jours après la date de l'accouchement, tous les frais médicaux, en rapport ou non avec la grossesse, sont pris en charge à 100 % par l'assurance de base.**

Le remboursement à 100 % consiste en la seule exonération du ticket modérateur et à sa prise en charge par l'assurance de base du Fonds de sécurité sociale. Dès lors, pour l'assuré également affilié à l'assurance complémentaire du Fonds, la prise en charge à 100 % n'a, dans les faits, aucune conséquence sur le montant total des remboursements. En effet, hors maternité, l'assurance complémentaire aurait quand même pris en charge, dans tous les cas, l'intégralité du ticket modérateur.

Les règles du parcours de soins coordonnés sont applicables pendant toute la durée de la grossesse. Cependant, le gynécologue est un spécialiste en accès direct pour le suivi de la grossesse (cf. ci-dessus).

La participation forfaitaire de 1 euro est prélevée sur les soins réalisés jusqu'à la fin du 5ème mois de grossesse (sauf pour les examens prénataux obligatoires pris en charge à 100 %). En revanche, à partir du 1er jour du 6ème mois et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, elle n'est pas prélevée, que les soins soient en rapport avec la grossesse ou non.

Pour tout renseignement sur l'assurance maternité,
s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 29 ou 01 40 63 86 29

Les actes pris en charge à 100 %

Avant l'accouchement, ces actes consistent en :

- 7 examens médicaux obligatoires (le 1er doit être effectué avant la fin du troisième mois de grossesse – cf. ci-dessus - les six autres doivent être pratiqués chaque mois, à

partir du quatrième mois de grossesse et jusqu'à la date de l'accouchement),

- une échographie par trimestre (les échographies sont remboursées à 70 % jusqu'à la fin du 5ème mois de grossesse, puis à 100 % à partir du 1er jour du 6ème mois) ; en cas de grossesse pathologique ou de pathologie fœtale, d'autres échographies peuvent être prises en charge sous réserve de l'accord préalable du médecin-conseil,

- 8 séances de préparation à l'accouchement sur prescription médicale,

- le dosage de la glycémie, certaines analyses de dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose, de l'hépatite B, de la syphilis ou le test H.I.V.,

- d'éventuels examens de recherche de maladies génétiques (amniocentèse et caryotype fœtal) ; ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale et d'une demande d'entente préalable auprès du médecin-conseil.

Lors de l'accouchement, les frais d'hospitalisation sont pris en charge dans les conditions habituelles (cf. ci-dessous), sous réserve de la prise en charge du ticket modérateur par l'assurance de base.

Après l'accouchement, un examen postnatal est obligatoire dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. Il peut être réalisé par un médecin ou par une sage-femme (si la grossesse a été normale et l'accouchement sans aide mécanique ou chirurgicale). Au cours de cet examen, des séances de rééducation abdominale et/ou de rééducation périnéo-sphinctérienne peuvent être prescrites. Elles seront prises en charge à 100 %, sous réserve de l'accord préalable du médecin-conseil.

La prise en charge des frais d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, le tiers-payant est de règle dans le secteur hospitalier public, dans les hôpitaux relevant du Service de santé des armées et dans les cliniques conventionnées. Sur présentation de la carte Vitale et de l'attestation papier Vitale, l'établissement établira une demande de prise en charge qu'il adressera au service de la Gestion financière et sociale. Sur cette base, l'établissement se fera régler directement par le Fonds.

Le tiers-payant est également applicable, pour les adhérents à l'assurance complémentaire, pour la prise en charge du ticket modérateur (20 % du prix des soins pour les hospitalisations de moins de 30 jours), de la participation de 18 euros et du forfait journalier. En revanche, il ne s'applique pas aux frais de chambre particulière et aux dépassements d'honoraires des médecins. Dans ce cas, l'assuré doit régler l'établissement et transmettre au Fonds tous les documents permettant le remboursement de tout ou partie de ces dépenses. Le remboursement des dépassements d'honoraires ne peut néanmoins intervenir qu'après que l'établissement ait transmis la facture de l'hospitalisation au Fonds.

En cas d'admission dans un établissement privé non conventionné, l'assuré doit faire l'avance de l'ensemble des frais, dont le remboursement dans certaines limites est subordonné à la présentation de toutes les pièces justificatives des actes médicaux et des dépenses engagées.

Pour tout renseignement concernant la prise en charge des frais d'hospitalisation, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 82 ou 01 40 63 86 82

Pour tout renseignement concernant le remboursement des frais d'hospitalisation, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 84 ou 01 40 63 86 84 ou poste 3 96 41 ou 01 40 63 86 41

La prise en charge des affections de longue durée (ALD)

Il existe trois catégories d'ALD :

- les 30 affections inscrites sur la liste appelée ALD 30, impliquant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les affections dites « hors liste », maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste ALD 30, et impliquant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly pathologies, lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

En premier lieu, la prise en charge à 100 % ne concerne que les soins et les traitements en rapport avec l'ALD. La distinction entre soins en rapport et soins sans rapport s'opère à l'aide de deux outils : le protocole de soins et l'ordonnance « bizona » (voir plus loin).

En second lieu, le remboursement à 100 % consiste en la seule exonération du ticket modérateur et à sa prise en charge par l'assurance de base du Fonds de sécurité sociale. Dès lors, pour l'assuré également affilié à l'assurance complémentaire du Fonds, la prise en charge à 100 % n'a, dans les faits, aucune conséquence sur le montant total des remboursements. En effet, hors ALD, l'assurance complémentaire aurait quand même pris en charge, dans tous les cas, l'intégralité du ticket modérateur.

Naturellement, le remboursement à 100 % est toujours calculé dans la limite du tarif de la sécurité sociale. La prise en charge à 100 % par l'assurance de base ne concerne donc pas : la participation forfaitaire de 1 euro, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, les dépassements d'honoraires, au-delà du tarif de la sécurité sociale, le forfait journalier en cas d'hospitalisation de plus d'une journée. En revanche, l'assurance complémentaire prendra en charge l'intégralité du forfait journalier et les dépassements d'honoraires dans les limites habituelles.

Le protocole de soins indique le diagnostic précis de l'ALD, confirmé par les arguments cliniques détaillés et par les résultats des examens complémentaires nécessaires. Il indique également avec précision tous les actes et les soins nécessités par le traitement de l'ALD (médicaments, examens biologiques, recours à des médecins spécialistes et/ou à des auxiliaires médicaux). **Seuls les actes et soins qui y figurent entrent dans le cadre de la prise en charge à 100 %.**

L'établissement du protocole de soins s'effectue en trois étapes. D'une part, **il doit être établi par le médecin traitant**, en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de la maladie. Ensuite, une fois le protocole rédigé avec la liste précise des soins pris en charge à 100 %, le médecin traitant l'adresse au **médecin-conseil du Fonds**. Celui-ci dispose d'un délai de 30 jours pour donner son accord, délai qui lui permet de s'entretenir avec le médecin traitant si besoin est ; il peut ainsi revoir la liste des soins proposés, afin d'en exclure

un ou plusieurs de la prise en charge à 100 % ; le médecin-conseil signe le protocole de soins et le renvoie au médecin traitant ; parallèlement, l'assuré est informé de sa décision.

Le protocole de soins comprend un **volet destiné à l'assuré (volet 3)**, qui lui est remis par son médecin traitant et qu'il doit signer. Ce volet appartient à l'assuré et lui est strictement personnel. Nul ne peut l'obliger à le communiquer, ni à son employeur, ni à son banquier ou à son assureur. Il ne doit être présenté qu'aux médecins ou au médecin-conseil du Fonds. Ce volet 3 permet d'abord de connaître clairement les soins et traitements en rapport avec l'ALD pris en charge à 100 %. Ensuite, **il permet un accès direct aux médecins qui interviennent dans le suivi de l'ALD, sans avoir à passer par le médecin traitant.** La présentation du volet 3 permet aux médecins consultés de remplir leur ordonnance « bizona ». Cette ordonnance particulière se compose, en effet, d'une partie haute réservée aux soins en rapport avec l'ALD et d'une partie basse consacrée aux autres soins sans rapport avec l'ALD.

La prise en charge des cures thermales

Les conditions de prise en charge

La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par le médecin traitant. Pour être remboursée par le Fonds, elle doit être motivée par une affection ou une pathologie qui figure sur la liste des orientations thérapeutiques prises en charge par le Régime général. De plus, l'établissement thermal doit être agréé et conventionné par le Régime général.

Pour une même affection, la prise en charge est limitée à une seule cure thermale dans la même année civile. La prise en charge n'est valable que pour l'année civile en cours, sauf si elle est accordée en fin d'année. La durée d'une cure thermale est fixée à 18 jours de traitements effectifs (une cure interrompue ne pourra donner lieu à aucun remboursement, sauf en cas de force majeure ou pour raisons médicales).

La prise en charge de la cure est subordonnée à un accord préalable du médecin-conseil, sur la base du questionnaire de prise en charge, établi par le médecin traitant et qui indique notamment l'affection dont souffre l'assuré et la station thermale choisie.

En cas d'accord de prise en charge, le Fonds adresse à l'assuré le formulaire de « Prise en charge administrative de cure thermale et facturation ». Ce formulaire comporte deux volets : le volet 1, « Honoraires médicaux », est à remettre au médecin thermal, le volet 2, « Forfait thermal » à l'établissement thermal. Un troisième volet, « Frais de transport et d'hébergement », s'y ajoute si les conditions de prise en charge de ces frais sont remplies (cf. ci-dessous) et est à transmettre au Fonds dès le retour de cure.

Les frais pris en charge

Les frais médicaux de la cure thermale comprennent le forfait de surveillance médicale et le forfait thermal. Ils sont pris en charge sur une base forfaitaire. Le forfait de surveillance médicale correspond à la surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de la cure (le remboursement est fait au vu du volet 1 du formulaire de prise en charge). Le **forfait thermal** correspond aux soins et traitements de la cure elle-même (le remboursement est fait au vu du volet 2 de ce même formulaire).

Le Fonds prend en charge les frais de transport et les frais d'hébergement, sans condition pour les trois premières cures. Au-delà, la prise en charge est soumise à conditions de ressources. Il est donc nécessaire de transmettre le dernier avis d'imposition en même temps que le questionnaire de prise en charge.

Les frais de transport sont pris en charge sur la base du tarif du billet aller-retour SNCF en 2ème classe. En cas d'utilisation de la voiture particulière de l'assuré, le remboursement se base sur un tarif kilométrique variant avec la puissance fiscale du véhicule, dans la limite du tarif SNCF précité. Les frais d'hébergement sont remboursés sur la base d'un forfait fixé à 150,01 euros. Le remboursement est fait au vu du volet 3 et des justificatifs de transport.

Pour tout renseignement sur la prise en charge des cures thermales, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 96 33 ou 01 40 63 86 33 ou poste 3 86 82 ou 01 40 63 86 82

La prise en charge des transports sanitaires

Tous les transports sanitaires prescrits ne sont pas remboursables. Le remboursement intervient seulement dans les 5 cas suivants : transport lié à une hospitalisation (entrée, sortie) ; transport lié à une ALD ; transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ; transport justifiant une ambulance ; transport en série ; transport de plus de 150 kilomètres. De plus, **ne sont remboursables que les transports entre le domicile de l'assuré et le professionnel de santé le plus proche ou l'établissement le plus proche le mieux adapté à la situation de santé de l'assuré.**

La prise en charge du transport, s'il respecte les conditions décrites ci-dessus, nécessite **l'établissement préalable d'une prescription médicale** (sauf en cas d'urgence, où la prescription est établie a posteriori). En outre, **les transports en série et ceux de plus de 150 km doivent faire l'objet d'une entente préalable du Fonds.**

La prise en charge des substituts nicotiniques

Depuis 2007, le Fonds accompagne l'arrêt du tabac, en remboursant, dans les mêmes conditions que le Régime général, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...). La **liste des produits pris en charge** est consultable sur le site du Régime général.

Les modalités pratiques de la prise en charge sont les suivantes :

- une **prescription médicale** doit être établie et doit être consacrée exclusivement aux substituts nicotiniques ; la consultation du médecin est prise en charge dans les conditions habituelles (application des règles du parcours de soins, prélèvement du 1 euro) ;

- les produits prescrits sont délivrés, en une ou plusieurs fois, en pharmacie **sans mécanisme de tiers-payant** (l'assuré doit faire l'avance des frais) ;

- les produits seront remboursés, soit au vu de la feuille de soins établie par le pharmacien, soit sur la base d'un flux électronique en cas d'utilisation de la carte Vitale, dans la limite de 150 euros par année civile et par personne (dont 100 € au titre de l'assurance complémentaire).

Depuis septembre 2011, pour les femmes enceintes seulement, les substituts nicotiques sont pris en charge dans la limite de 150 € par an par l'assurance de base et de 100 € par l'assurance complémentaire, soit au total 250 € par an.

La prévention

Les assurés peuvent bénéficier de la prise en charge d'un **bilan de santé** tous les cinq ans jusqu'à 59 ans inclus, tous les trois ans entre 60 et 75 ans et tous les deux ans au-delà.

Ce bilan peut être réalisé au **Centre de santé IPC**, situé 6-14, rue La Pérouse, 75116 Paris (téléphone : 01 53 67 35 35), avec lequel le Fonds a conclu une convention, ou dans un centre d'examens de santé du régime général. La dépense, à l'exclusion des frais de transport, est prise en charge directement par le Fonds.

Le **site du centre IPC** comporte une présentation du centre et une description du bilan qu'il réalise.

En cas d'impossibilité de se rendre dans l'un de ces centres, il convient de demander à son médecin traitant une prescription d'examens et analyses à réaliser dans un laboratoire. Ces analyses seront remboursées par le Fonds, dans les conditions habituelles.

Par ailleurs, le Fonds participe aux **campagnes nationales de dépistage du cancer du sein** (qui concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans), **du col de l'utérus** (qui concerne les femmes de 25 à 65 ans) **et du cancer colorectal** (qui concerne les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans).

Les invitations sont envoyées par les structures de gestion départementales en charge de l'organisation des campagnes de dépistage. Ces examens sont totalement pris en charge, en tiers-payant, par l'assurance de base du Fonds.

La prise en charge des soins à l'étranger

Le Fonds prend en charge les soins reçus à l'étranger, selon les règles et les tarifs applicables en France. Cependant, **il ne pratique pas le tiers-payant à l'étranger.** Dès lors les assurés doivent faire l'avance des frais et transmettre toutes les factures, feuilles de soins ou prescriptions au Fonds. Ces documents étant rédigés en langue étrangère, il est recommandé de préciser la nature des soins reçus. Le Fonds ne prend pas en charge les frais de rapatriement sanitaire, pour lesquels il appartient aux assurés de souscrire une assurance spécifique.

En cas de séjours temporaires **dans les pays de l'Union européenne (ainsi qu'en Suisse, Norvège, Islande et Liechtenstein)**, les assurés peuvent demander l'établissement d'une **Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)**. Le délai de fabrication et d'acheminement est d'environ 15 jours. La CEAM est individuelle et peut être établie pour chacun des membres de la famille de l'assuré, même les enfants de moins de 16 ans. Elle atteste de la qualité d'assuré social en France. Cela n'implique pas forcément une dispense d'avance des frais à l'hôpital ou chez un professionnel de santé dans le pays de séjour. Il convient donc de conserver précieusement tous les documents nécessaires au remboursement des soins.

Pour des séjours temporaires hors des pays couverts par la CEAM, le Fonds ne délivre aucun document particulier.

Une **déclaration des soins reçus à l'étranger** est téléchargeable sur le site Intranet 577.

Pour toutes demandes d'établissement d'une CEAM, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 22 ou 01 40 63 86 22 ou poste 3 86 31 ou 01 40 63 86 31

Les accidents engageant la responsabilité d'un tiers

Il est indispensable d'aviser le Fonds de tout d'accident engageant la responsabilité d'un tiers et entraînant des soins médicaux, afin que celui-ci puisse éventuellement engager une procédure de recours contre le tiers responsable ou son assureur, afin de récupérer le montant des prestations versées à l'assuré victime de l'accident. **Il convient également de le signaler au professionnel de santé afin que celui-ci l'indique expressément sur la feuille de soins.**

Pour tout renseignement concernant les accidents engageant la responsabilité d'un tiers, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 29 ou 01 40 63 86 29 ou poste 3 86 27 ou 01 40 63 86 27

Les prestations en cas de décès

En matière de décès, les députés en exercice bénéficient de prestations réglementaires, servies par l'Assemblée nationale et le Fonds de sécurité sociale, et d'une assurance collective contractuelle volontaire.

Les prestations réglementaires

Le capital-décès

Un capital-décès est attribué au conjoint survivant non séparé de corps ni divorcé (ou au partenaire lié par un PACS) **et aux enfants** légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs **âgés de moins de 26 ans (ou infirmes de plus de 26 ans) en cas de décès au cours du mandat** (ou dans les trois mois qui suivent l'expiration de celui-ci, si l'ancien député est Membre honoraire du Parlement ou Membre honoraire de l'Assemblée nationale et est pensionné).

Les règles d'attribution et de répartition du capital-décès entre les ayants droit s'inspirent des règles applicables aux fonctionnaires de l'État.

Le montant de ce capital-décès est égal à deux fois le montant annuel de l'indemnité parlementaire augmentée des indemnités soumises à retenue pour pension. Des majorations pour enfants sont attribuées à chacun des enfants de moins de 21 ans. Ce montant est triplé si le député est décédé à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans l'intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes. La charge de ce capital est partagée, à parts égales, entre le budget de l'Assemblée nationale et le Fonds de

sécurité sociale.

Le capital-décès est réparti selon les modalités suivantes :

– **un tiers au conjoint survivant non séparé de corps ni divorcé** (ou au partenaire lié par un PACS) ; en cas d'absence de conjoint survivant, le capital-décès est attribuée en totalité aux enfants attributaires ;

– **deux tiers aux enfants de moins de 26 ans ou infirmes de plus de 26 ans** ; la quote-part revenant aux enfants est répartie entre eux à parts égales ; les enfants de moins de 21 ans bénéficient de majorations ; à l'inverse, la part revenant aux enfants âgés de 21 à 26 ans est réduite selon un coefficient variant avec l'âge ; le montant ainsi non attribué est réparti entre les autres enfants de moins de 18 ans ou, à défaut, au conjoint ; en cas d'absence d'enfants attributaires, la totalité du capital-décès est versée au conjoint survivant.

En cas d'absence de conjoint survivant et d'enfants attributaires, le capital-décès est versé à celui ou à ceux des ascendants qui étaient à la charge du défunt au moment de son décès.

La seule dérogation possible à ces règles de répartition porte sur la part du conjoint survivant, dont le député peut disposer par volonté expresse, enregistrée auprès du service de la Gestion financière et sociale, au profit de ses enfants ou ascendants attributaires.

Le capital-décès est exonéré de droits de succession.

L'allocation pour frais de funérailles

Une allocation pour frais de funérailles est versée à un député en exercice, en cas de décès de son conjoint (ou de son partenaire lié par un PACS) ou d'un enfant à charge âgé de moins de 21 ans (ou infirme de plus de 21 ans).

Son montant est égal à 20 % de l'indemnité parlementaire augmentée des indemnités soumises à retenue pour pension en cas de décès du conjoint et à 1/12ème de la même assiette en cas de décès d'un enfant à charge.

Pour tout renseignement sur les prestations en cas de décès,
s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 81 ou 01 40 63 86 81

L'assurance collective contractuelle

Les députés peuvent, s'ils le souhaitent, adhérer à une assurance collective contractuelle souscrite par l'Assemblée nationale auprès de Groupama Gan Vie, qui peut être un complément utile aux prestations réglementaires.

L'adhésion au cours de la première année de mandat est dispensée de formalités médicales. L'assurance est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, même après la fin du mandat.

Cette adhésion permet de garantir un capital au décès de l'adhérent. La prime versée est fonction de l'âge de l'assuré et du montant du capital souscrit. Celui-ci peut

varier entre 20 000 et 300 000 euros, mais le montant maximal diminue à partir de 65 ans. Le contrat, qui n'a pas le caractère d'une assurance-vie (les cotisations ne sont pas capitalisées), prend fin au plus tard à l'âge de 75 ans.

L'adhérent peut désigner librement les bénéficiaires du contrat et cette assurance peut être utilisée à titre de garantie auprès des organismes de crédit. En outre, le souscripteur peut se voir attribuer le capital en cas d'invalidité permanente et absolue, si celle-ci intervient avant l'âge de 62 ans et, s'agissant des conséquences d'une maladie, plus d'un an après la souscription du contrat.

Pour tout renseignement sur les prestations en cas de décès et l'assurance collective contractuelle, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 81 ou 01 40 63 86 81 ou poste 3 86 27 ou 01 40 63 86 27

Les prestations familiales

Les prestations familiales légales sont servies aux députés dans les conditions de droit commun. Elles font l'objet d'un virement mensuel séparé. Les députés peuvent également percevoir le **supplément familial de traitement**, versé en même temps que leur indemnité parlementaire.

Pour bénéficier de ces prestations, les assurés doivent fournir une copie du livret de famille et, éventuellement, un certificat de cessation de paiement émanant de l'organisme qui servait antérieurement les prestations familiales (généralement la caisse d'allocations familiales du lieu du domicile).

Les prestations familiales sont versées à la personne qui assume la charge effective et permanente des enfants. Dans un couple, l'allocataire est la personne désignée d'un commun accord. L'option peut être exercée à tout moment, mais, une fois exercée, ne peut être remise en cause avant l'expiration d'un délai d'un an. À défaut de désignation, les prestations sont servies au père.

En cas de divorce, de séparation de droit ou de fait, les prestations sont servies à celui des parents au foyer duquel vivent les enfants. Les intéressés doivent donc fournir un extrait du jugement de divorce relatif à la garde des enfants.

Ouvrent droit aux prestations familiales, les enfants de moins de 20 ans, qui sont à la charge des parents ou qui, s'ils travaillent, ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 55 % du SMIC. Les prestations servies par l'Assemblée nationale comprennent les prestations légales, à l'exception du complément de libre choix du mode de garde qui est servi par les seules caisses d'allocations familiales.

Ces prestations sont les allocations familiales proprement dites, servies aux familles d'au moins deux enfants. Les enfants à charge de 20 à 21 ans ouvrent droit à une allocation forfaitaire pour les familles qui percevaient les allocations familiales pour au moins trois enfants avant leur 20ème anniversaire.

En outre, l'Assemblée verse une **prestation spécifique pour frais de garde d'enfants à tout allocataire ayant la charge d'un enfant de moins de trois ans** (304,52 euros).

L'Assemblée verse **l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé** aux parents d'un enfant de moins de 20 ans et atteint d'un taux d'incapacité d'au moins 80 %, ou d'au moins 50 % s'il fréquente un établissement spécialisé ou si son état exige le

recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Le taux d'incapacité est apprécié par la commission d'éducation spéciale, qui fonctionne dans le cadre de l'Assemblée nationale, qui se prononce également sur l'attribution de l'allocation et de ses compléments éventuels et sur leur durée de versement.

Les assurés qui bénéficiaient de cette allocation avant leur affiliation au Fonds de sécurité sociale doivent fournir une copie de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le **site de la Caisse nationale d'allocations familiales** comporte notamment des informations sur les allocations familiales légales.

Pour tout renseignement concernant les prestations à caractère familial, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 27 ou 01 40 63 86 27 ou poste 3 86 29 ou 01 40 63 86 29

Les prestations d'action sanitaire et sociale

La prise en charge de l'intervention d'une travailleuse familiale

Le Fonds prend en charge, après accord du médecin-conseil, les frais résultant de l'intervention de travailleuses familiales ou d'aides ménagères à domicile. La prise en charge est conditionnée par la qualité de la personne au titre de laquelle le droit est ouvert. Ainsi, si la prise en charge est demandée au titre de la maladie de la mère, mais que celle-ci n'est pas ressortissante du Fonds, la demande devra être adressée au régime de la mère.

Les modalités de la prise en charge (cas d'ouverture du droit, volume d'heures prises en charge) s'inspirent des règles édictées par le régime général. Il s'agit notamment de la maladie ou d'un accident survenu au père ou à la mère, de cas de grossesses pathologiques, etc. Le taux de prise en charge (60, 80 ou 90 %) est déterminé en fonction du revenu imposable de la famille et du nombre d'enfants de celle-ci.

Pour tout renseignement concernant la prise en charge d'une travailleuse familiale, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 39 ou 01 40 63 86 39 ou poste 3 86 81 ou 01 40 63 86 81

L'aide à la convalescence

Cette aide est destinée à faire face aux besoins d'aide à domicile, nés d'une hospitalisation ou d'une immobilisation temporaire empêchant l'accomplissement des actes de la vie courante.

L'aide est accordée, après avis du médecin-conseil, sur la base d'un certificat médical décrivant l'état de santé du demandeur et après prise en considération de son environnement. L'aide est accordée pour une durée limitée (1 mois, renouvelable 2 fois) et dans la limite de 40 heures par mois.

Cette aide consiste en une prise en charge totale des dépenses d'aides à domicile (dans la limite du tarif de référence fixé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse) et accordée sans conditions de ressources.

Elle est ouverte à tous les assurés affiliés à l'assurance de base du Fonds de sécurité sociale.

Pour tout renseignement concernant l'aide à la convalescence, s'adresser à la division des prestations sociales et des traitements :

poste 3 86 39 ou 01 40 63 86 39 ou poste 3 86 81 ou 01 40 63 86 81

RÉPERTOIRE NATIONAL COMMUN DE PROTECTION SOCIALE (RNCPS)

Afin de faciliter vos démarches et de mieux gérer vos droits, le **Fonds de Sécurité sociale de l'Assemblée nationale** communique au Répertoire national commun de la protection sociale* des informations vous concernant.

Ces informations sont relatives à la nature des droits ou prestations qui vous sont servies.

Le répertoire ne contient pas les montants de vos prestations, ni d'éléments relatifs à vos ressources.

Vous disposez :

- d'un droit d'accès auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), organisme chargé de la gestion du RNCPS, s'agissant des informations qui y sont communiquées

- d'un droit de rectification auprès des organismes qui vous versent les prestations.

Pour plus d'information sur le dispositif du RNCPS, vous pouvez consulter le **portail du service public de la sécurité sociale**.

* Le RNCPS a été institué par l'article L.114-12-1 du code la sécurité sociale et autorisé par le décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009 après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

SITE AMELI D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE MALADIE

Les sites du Régime général www.ameli.fr, www.ameli-direct.fr et www.ameli-sante.fr comportent un grand nombre d'informations utiles sur les droits et démarches (même si, naturellement, tout n'est pas transposable au Fonds de sécurité sociale), sur les professionnels et les établissements de santé, les tarifs (notamment les tarifs de sécurité sociale) et les modalités de remboursement des soins, ainsi que des conseils santé.

Numéros de téléphone de vos correspondants :

Accueil	01 40 63 86 22
Affiliation	01 40 63 86 29 / 86 87
Prestations maladie	01 40 63 86 22
Hospitalisation (prise en charge)	01 40 63 86 31 / 86 82
Hospitalisation (remboursement)	01 40 63 86 41 / 86 84
Cures thermales	01 40 63 86 31 / 86 82
Établissement d'une carte européenne d'assurance maladie	01 40 63 86 22 / 86 29
Accident engageant la responsabilité d'un tiers	01 40 63 86 23 / 86 29
Prestations en cas de décès et assurance collective	01 40 63 86 37 / 86 39
Prestations familiales	01 40 63 86 29 / 86 23
Prestations d'action sanitaire et sociale	01 40 63 86 39 / 86 37