

Date :
24/07/2001

Origine :
DDRI

Réf. :
DDRI n° 93/2001
 n /
 n /
 n /

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour attribution

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs
des Services des Echelons Locaux

MMES et MM les Directeurs

. des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour information

Plan de classement :

25

Titre :

Prestations servies par le régime général aux personnes relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)

Résumé :

Rappel de l'ensemble des prestations du régime général auxquelles peuvent prétendre les assurés(es) relevant du régime des PAMC

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ AC 9/96 DGR 7/96 DGR 2610/91

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

DPAS/V.BATOUL-DIOP - B. NOURY - R.ROUSSEAU - JL.SARNETTE

01.42.79.35.84 - 01.42.79.32.63 - 01.42.79.33.06 - 01.42.79.35.65

Direction Déléguée Aux Risques

Le 24/07/2001

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :

DDRI

Pour attribution

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de
Service des Echelons Locaux

MMES et MM les Directeurs

. des Unions régionales des Caisses d'Assurance Maladie
Pour information

N/Réf. : DDRI - n° 93/2001

Objet : Prestations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) servies par le régime général.

I. RAPPEL DU CHAMP D'APPLICATION DU REGIME DES PAMC ET DROIT AUX PRESTATIONS

Les avantages sociaux accordés aux Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) ont été instaurés dès 1960.

Depuis cette date, différents textes ont fait évoluer leur régime et notamment :

- la *loi n° 70-1325 du 31 décembre 1970* et ses décrets d'application qui donnent une base légale au régime des avantages sociaux et instituent, au profit des PAM conventionnés, un régime d'assurance maladie obligatoire et un régime d'assurance vieillesse complémentaire ;
- le *décret n° 71-542 du 2 juillet 1971* qui définit les conditions d'attribution ;
- la *loi n° 82-596 du 10 juillet 1982* qui institue des allocations de maternité en faveur des femmes relevant à titre personnel de ce régime et des conjointes collaboratrices ;
- la *loi n° 95-116 du 4 février 1995* qui modifie les articles L.615-9 et L.722-8 du Code de la sécurité sociale relatifs, notamment, aux indemnités dont peuvent bénéficier les praticiens et auxiliaires médicaux.

L'article L.722-1 du Code de la sécurité sociale définit les bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire, il s'agit :

- des médecins du secteur I et du secteur II (ayant opté pour le régime des PAMC dans ce dernier cas),
- des chirurgiens dentistes,
- des sages femmes,
- des auxiliaires médicaux,

à la double condition d'exercer leur activité professionnelle non salariée :

- depuis au moins un mois suivant l'article R.722-1 du Code de la sécurité sociale,
- dans le cadre d'une convention conclue avec les trois régimes d'Assurance maladie.

Les conjoints survivants des bénéficiaires PAMC bénéficient également des prestations de ce régime dans les conditions définies à l'article L.722-3 du Code de la sécurité sociale.

Les prestations servies par le régime général (les CPAM) aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés sont définies aux articles L.722-6, L.722-8, L.722-8-1 et L.722-8-2 du Code de la sécurité sociale.

En application de l'article L.722-6 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, en cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L.722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L.313-3, L.331-1 et L.361-4 du même code, aux prestations prévues au 1° de l'article L.321-1 et aux articles L.331-2 et L.361-1 du Code de la sécurité sociale.

Il s'agit :

- des prestations en nature maladie et maternité,
- des allocations spécifiques maternité (allocation forfaitaire de repos maternel et indemnité de remplacement pour les conjoints collaborateurs et indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité, pour les PAMC),
- des prestations en espèces maternité en cas d'activité salariée accessoire
- des prestations de l'assurance décès,
- des prestations supplémentaires et secours,

à l'exclusion des prestations en espèces maladie et des prestations invalidité, des prestations d'accident du travail.

SANCTIONS

En application de l'article L.722-6 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, ces prestations cessent d'être accordées par les caisses d'assurance maladie :

- dans le cas où la convention ou l'adhésion liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet,
- en cas de cessation par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession,
- pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux.

Ils bénéficient, en outre, en application des articles L.161-8 et D.161-2-1 du Code de la sécurité sociale, du maintien de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie et maternité et de l'assurance décès du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).

II. IMMATRICULATION-AFFILIATION

Les instructions figurant dans le chapitre 9F4 du Guide de l'Assurance Maladie, pages 23 et 24, sont toujours d'actualité.

Il n'y a donc pas lieu, à l'occasion de la diffusion de cette circulaire, de les reprendre in extenso. Je vous invite simplement à les consulter, le cas échéant.

J'apporterai, toutefois, deux précisions, la première relative à la façon d'apprécier le délai de 30 jours d'exercice de l'activité médicale ou para-médicale, la seconde concernant les étudiants en médecine français, poursuivant leurs études à l'étranger, mais désireux d'effectuer des remplacements en France.

2A. LE DELAI DE 30 JOURS D'EXERCICE D'ACTIVITE

Compte tenu que les services ministériels ne se sont jamais prononcés sur ce problème et qu'il n'existe pas de jurisprudence en la matière, aucun délai maximal ne saurait être imposé pour comptabiliser le mois d'exercice.

Il convient, en conséquence, d'additionner chaque journée d'activité afin d'atteindre ledit délai. Peu importe, par ailleurs, que ce nombre de jours soit atteint au cours d'une année civile ou au cours de cette année et de la suivante et qu'il soit constitué de périodes discontinues.

Il n'est pas non plus nécessaire de cumuler les durées successives d'activité sur l'année conventionnelle en cours.

En effet, la notion "d'année conventionnelle" ne correspond à aucune réalité juridique. Les conventions nationales, qui régissent les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sont conclues pour plusieurs années (4 ou 5 ans). C'est en fonction de ce critère de durée que doit s'apprécier le délai de trente jours en question.

2B. LES ETUDIANTS EN MEDECINE FRANÇAIS POURSUIVANT LEURS ETUDES A L'ETRANGER

Les personnes effectuant leurs études de médecine à l'étranger ne peuvent absolument pas obtenir une licence de remplacement afin de pratiquer des remplacements en France, et ce, conformément aux dispositions de l'article L.359 du Code de la santé publique qui réserve cette possibilité "aux étudiants en médecine français ou ressortissants de l'un des Etats membres des communautés européennes ou d'un des autres Etats parties à l'accord sur l'espace économique européen inscrits en troisième cycle des études médicales **en France**".

L'article L.722-1-4° du Code de la sécurité sociale, concernant l'affiliation au régime des PAMC, ne trouvera donc pas d'application dans ce cas de figure.

III. PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE (article L.722-6 du Code de la sécurité sociale)

Les personnes bénéficiaires du régime des PAMC en qualité d'allocataires ou de conjoints survivants, ont droit et ouvrent droit dans les conditions prévues à l'article L.311-9 du Code de la sécurité sociale, aux prestations en nature maladie dans les mêmes conditions que les assurés du régime général, à savoir :

- les frais de médecine générale et spéciale,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais pharmaceutiques et d'appareils,
- les frais d'analyse et d'examens de laboratoire,
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins,
- les frais d'interventions chirurgicales,
- les frais de transport.

Il est à remarquer que depuis le 1^{er} janvier 2001, les taux de remboursement des dépenses de santé des travailleurs indépendants (le montant de la participation de l'assuré, appelée ticket modérateur) sont alignés sur ceux applicables dans le cadre du régime général (article L.615-14 du Code de la sécurité sociale et article 35 II de la *loi n° 2000-1257 du 23 décembre 1997* relative au financement de la sécurité sociale).

Les prestations en nature doivent être remboursées quand bien même l'assurée n'est pas à jour de ses cotisations, sauf si la caisse parvient à prouver la mauvaise foi de celle-ci.

Les PAMC n'ouvrent pas droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie.

IV. PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES DE L'ASSURANCE MATERNITE

En application de l'article L.722-6 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) ont droit et ouvrent droit aux prestations prévues pour l'assurance maternité.

Les règles d'ouverture du droit pour l'attribution des prestations de l'assurance maternité des PAMC sont définies par les articles D.722-14 et D.722-17 du Code de la Sécurité Sociale (voir infra I Champs d'application).

4A. PRESTATIONS EN NATURE

Les PAMC ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Les prestations en nature doivent être remboursées quand bien même l'assurée n'est pas à jour de ses cotisations, sauf si la caisse parvient à prouver la mauvaise foi de celle-ci.

Pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maternité de l'assurée qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès des PAMC et qui sans interruption relève soit de l'assurance maternité du régime général, soit du régime des salariés agricoles, chaque journée d'affiliation est considérée comme équivalente à six heures de travail salarié (article D 722-15 du code de la sécurité sociale).

Les prestations en nature de l'assurance maternité couvrent les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites (article D 615-4 du Code de la sécurité sociale), dans les conditions de droit commun.

4B. PRESTATIONS EN ESPECES

Les dispositions qui suivent, résultent de l'article 38 de la *loi n° 95-116 du 4 février 1995* (JO du 5 février 1995) et de son *décret d'application n° 95-337 du 30 mars 1995*

Il convient de distinguer les prestations en espèces des PAMC affiliées à titre personnel de celles des conjointes collaboratrices ayant droit.

Les prestations en espèces maternité des PAMC et des conjointes collaboratrices sont définies aux articles L.722-8 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le montant de ces prestations est revalorisé chaque année en fonction du relèvement :

- du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier de chaque année, pour les femmes médecins affiliées à titre personnel,
- du SMIC horaire, pour les conjointes collaboratrices.

Dans tous les cas, l'attribution des prestations est subordonnée à l'examen des droits au moment de la déclaration de grossesse (article D. 722-17 du Code de la sécurité sociale).

Ainsi, lorsque les conditions d'ouverture des droits ne sont pas remplies dans un régime au moment de la déclaration de grossesse, le droit aux prestations en espèces peut être réexaminé si un changement de situation est intervenu et que l'intéressée justifie alors des conditions d'ouverture de droits au titre d'un autre régime.

(cf. *circulaire CNAMTS DGR n° 52/95 du 30 mai 1995* "prestations maternité des PAMC")

Toute fausse déclaration souscrite pour faire obtenir les allocations ou indemnités décrites ci-dessous, est passible de l'amende prévue à l'article L.377-1 du Code de la sécurité sociale.

4B-1. LES FEMMES AFFILIEES A TITRE PERSONNEL AU REGIME DES PAMC

Elles sont visées aux articles L.722-8, D.722-15, D.615-4-1 à D.615-4-5 du Code de la sécurité sociale.

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime des PAMC bénéficient à l'occasion de leur maternité :

- d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité,
- d'une indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité, lorsqu'en raison de leur maternité, elles interrompent toute activité professionnelle.

En cas d'activité mixte (salariée et libérale), et sous réserve que l'activité libérale soit principale, le praticien peut bénéficier de l'indemnisation au titre de ses deux activités, à la condition expresse de suspendre totalement son exercice professionnel pendant la durée fixée par chacun des deux régimes (article L.615-4 du Code de la sécurité sociale et Info-CNAMTS n° 426 du 20 avril 2001 : qui précise que les assurées peuvent bénéficier des prestations en espèces maternité des deux régimes).

En revanche, si l'activité salariée est reconnue comme principale, les textes applicables pour le versement des indemnités journalières disposent que l'assurée doit cesser son activité salariée. Dès lors, et comme l'a rappelé la Cour de Cassation dans un arrêt du 20 mars 1992 ("arrêt Moralès"), l'assurée n'a aucune obligation d'interrompre son activité libérale.

4B1-1. L'ALLOCATION DE REPOS MATERNEL (ARTICLE D 615-4-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)

Cette allocation, qui est destinée à compenser la diminution de l'activité, est versée sans condition de cessation d'activité.

Elle est égale au montant du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur.

Le montant de ces prestations est revalorisé dans les mêmes conditions que celui du plafond de la sécurité sociale, soit au 1^{er} janvier 2001 : 14.950,00 francs.

Elle est versée en deux temps : la première moitié à la fin du 7^{ème} mois de grossesse et l'autre moitié après l'accouchement.

Le versement de l'allocation est effectué en une seule fois lorsque l'accouchement se situe avant la fin du 7^{ème} mois de grossesse.

Pour percevoir l'allocation forfaitaire de repos maternel, l'assurée doit adresser à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie les feuilles de soins et les certificats médicaux d'arrêt de travail concernant la maternité.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie doivent obligatoirement informer la personne affiliée au régime des PAMC du bénéfice de cette allocation dès lors qu'elles ont connaissance de l'état de grossesse. Il convient de mettre en place au sein de chaque caisse une information automatisée.

4B1-2 L'INDEMNITE JOURNALIERE FORFAITAIRE DE CESSATION D'ACTIVITE (ARTICLE D.615-4-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)

Elle est destinée à indemniser l'interruption totale d'activité professionnelle qui, bien entendu, n'entraîne pas la radiation de l'assurée du régime.

L'exercice d'une activité professionnelle pendant un repos maternité est susceptible de faire perdre le droit aux indemnités journalières pour le praticien.

Sa durée de versement

En effet, l'attribution des indemnités journalières maternité du régime des PAMC est subordonnée à la cessation totale de l'activité professionnelle pendant une durée fixée par les textes à 30 jours consécutifs.

Cette période peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs.

L'assurée doit prendre systématiquement une première période de :

- 30 jours consécutifs puis, si son état le nécessite,
- 15 jours consécutifs suivis de
- 15 autres jours consécutifs.

La durée des arrêts de travail ne peut pas être fractionnée autrement.

L'arrêt doit faire l'objet d'un certificat médical attestant la durée de l'arrêt de travail.

Son montant

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 1/60^{ième} du plafond mensuel de la sécurité sociale. Pour les 30 premiers jours d'arrêt, elle est donc égale à la moitié du plafond de la sécurité sociale en vigueur, soit 7.475,00 francs au 1^{er} janvier 2001

Les deux périodes supplémentaires de 15 jours consécutifs sont donc indemnisées chacune sur la base d'un quart du plafond en vigueur, soit deux fois 3.737,50 francs au 1^{er} janvier 2001.

Le montant de cette prestation est indexé sur le plafond de la sécurité sociale.

Ses conditions d'attribution

Pour percevoir :

- l'indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité pour l'arrêt de travail initial,
- l'indemnité forfaitaire de 15 jours pour les arrêts supplémentaires,

l'assurée doit déclarer sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle et fournir un certificat médical attestant la durée de l'arrêt de travail.

4B1-3. CAS PARTICULIERS**a. Adoption d'un enfant (article L.722-8-alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**

Par application de l'article L.722-8-alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'assurée a droit à une indemnisation, en cas d'adoption, selon le dispositif suivant :

- l'allocation forfaitaire de repos maternel est due pour moitié soit 7.475,00 francs au 1^{er} janvier 2001 (voir supra 4 B1-1).
- l'indemnité forfaitaire journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, son montant est identique à ce qui est versé en cas de maternité, et correspond donc à 1/60^{ème} du plafond, soit 7.475,00 francs au 1^{er} janvier 2001 (pour 30 jours d'arrêt de travail).

La durée maximale d'attribution de la prestation est égale aux trois quarts de celle prévue en cas de maternité, soit : 45 jours.

Le caractère effectif de la cessation d'activité devra donner lieu à une déclaration sur l'honneur de l'assurée.

b. Naissances ou adoptions multiples (articles D 615-4-3 du Code de la sécurité sociale)

A la demande de l'assurée, la durée de versement de l'indemnité journalière forfaitaire peut également être prolongée par une autre période de 30 jours consécutifs en cas de naissances ou d'adoptions multiples. Cette période de 30 jours supplémentaires peut se cumuler avec les 30 premiers jours d'arrêts et les deux périodes supplémentaires d'arrêt de 15 jours et avec les 45 jours de l'adoption simple.

Cette période supplémentaire d'arrêt de travail de 30 jours n'est pas nécessairement reliée à la période de cessation de travail de 60 jours maximum de l'article D.615-4-2 du Code de la sécurité sociale.

L'indemnisation supplémentaire pour naissances multiples devra être justifiée par un certificat médical attestant l'arrêt de travail, ainsi qu'une déclaration sur l'honneur attestant l'interruption de travail.

c. Etat pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement (article D.615-4-3 du Code de la sécurité sociale)

La durée de versement de l'indemnité peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une autre période de 30 jours consécutifs, qui peuvent être pris en cas d'état pathologique, à partir de la déclaration de grossesse. Cette période de 30 jours supplémentaires peut se cumuler avec la période de cessation d'activité définie plus haut sans devoir nécessairement lui être reliée. Il est à noter que la future mère peut néanmoins prendre ces 30 jours d'arrêt de travail indemnisables avant l'accouchement.

Cette indemnité supplémentaire ne peut être versée que si la femme cesse toute activité pendant 30 jours consécutifs.

L'état pathologique doit être justifié par un certificat médical attestant la durée de l'arrêt de travail.

L'indemnité versée pour cette période de 30 jours est égale à l'indemnité journalière forfaitaire (1/60^{ème} du plafond de la sécurité sociale) soit, la moitié du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur :

Soit 7.475,00 francs au 1^{er} janvier 2001

d. Hospitalisation du nouveau-né (article D.615-4-4 du Code de la sécurité sociale)

L'assurée peut demander le report à la date de fin de l'hospitalisation de l'enfant de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre, sans réduction de ses droits.

Le report de la période d'indemnisation à la fin de l'hospitalisation de l'enfant nécessite l'établissement de certificats de début et de fin d'hospitalisation et une demande expresse de l'assurée.

4B2. LES CONJOINTES COLLABORATRICES

Les conditions de collaboration professionnelle des conjointes sont remplies sur la foi d'une déclaration sur l'honneur souscrite par le conjoint ouvrant droit attestant que son épouse (articles D.722-15-7 et D.615-11 du Code de la sécurité sociale) :

- lui apporte effectivement et habituellement son concours pour l'exercice de sa propre activité professionnelle sans être rémunérée,
- ne relève pas à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Les prestations maternité des conjointes collaboratrices d'infirmiers (articles L.722-8-1 et D.722-15-1 à D.722-15-9 du Code de la sécurité sociale) doivent être distinguées de celles des conjointes collaboratrices des autres praticiens et auxiliaires médicaux (articles L.722-8-2, L.615-19-1 et D.615-5 du Code de la sécurité sociale).

4B2-1. LES CONJOINTES COLLABORATRICES AYANT DROIT D'INFIRMIERS

Les conjointes collaboratrices ayant droit d'infirmiers ou de membres de professions libérales bénéficient en cas de maternité (ou d'adoption) d'une allocation forfaitaire de repos maternel et d'une indemnité de remplacement.

Ces prestations sont augmentées dans leur durée et dans leur montant en cas d'état pathologique lié à la grossesse et de naissances multiples.

4B2-1-1. L'ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

Cette allocation est destinée à compenser partiellement la diminution de l'activité. Elle est versée sans condition de cessation d'activité. Elle est égale à deux fois le montant du SMIC mensuel.

Soit au 1^{er} juillet 2001 : 14.776,00 francs

4B2-1-2. L'INDEMNITE DE REMPLACEMENT

Cette indemnité est proportionnelle à la durée et au coût effectif du remplacement dans les travaux professionnels ou ménagers habituels (article L.722-8-1 du Code de la sécurité sociale).

Le caractère effectif du remplacement et des dépenses qu'il a engendrées, est justifié par la présentation d'un double du bulletin de salaire établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue (article D.722-15-6 alinéa 3 du code de la sécurité sociale).

Son montant

Le montant de l'indemnité de remplacement correspond à son coût réel, mais ne peut pas être supérieure à deux fois le SMIC mensuel (soit 2 x 7.388,00 francs = 14.776,00 francs au 1^{er} juillet 2001).

Pour bénéficier de cette indemnité, les assurées doivent cesser leur activité pendant au moins une semaine comprise entre les six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines après.

Sa durée (article D 722-15-3 du code de la sécurité sociale)

L'indemnité est due pour la durée effective du remplacement qui correspond à celle de la cessation effective d'activité.

Elle peut être servie, soit pendant 28 jours au maximum ou sur demande de l'assurée pendant 56 jours maximum, consécutifs ou non.

4B2-1-3. CAS PARTICULIERS**a. L'adoption d'un enfant (article L.722-8-1 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**

En cas d'adoption, les conjointes collaboratrices d'infirmiers bénéficient également de prestations maternité correspondant à :

- *une allocation de repos maternel*

Elle est égale à la moitié de celle versée en cas de maternité, c'est-à-dire un SMIC mensuel soit au 1er juillet 2001 : 7.388,00 francs ,

- *une allocation de remplacement*

Elle est due, pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, pour une durée inférieure de moitié à celle prévue en cas de maternité :

Soit pendant 14 jours au plus ou sur demande de l'assurée 28 jours maximum consécutifs ou non.

Son montant est égal au coût réel du remplacement dans la limite d'un montant maximum égal à deux fois le SMIC mensuel, soit au 1^{er} juillet 2001 : 14.776,00 francs.

Le caractère effectif du remplacement est également attesté par le double d'un bulletin de salaire établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou l'état des frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Ces allocations sont dues à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer.

Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que le SMIC.

b. Naissances multiples (article D.722-15-5 du Code de la sécurité sociale)

Les durée de versement et montant maximum de l'indemnité de remplacement sont doublés :

Ainsi, l'indemnité de remplacement peut donc être versée au plus pendant 56 jours ou sur demande de l'assurée 112 jours maximum.

Ces jours supplémentaires doivent être pris pendant une période postnatale se situant entre la date de l'accouchement et les quinze semaines qui le suivent.

Le montant de l'indemnité de remplacement est au plus égal à 4 fois le SMIC mensuel, soit au 1^{er} juillet 2001 : 29.552,00 francs.

c. Etat pathologique lié à la grossesse (article D.722-15-4 du Code la sécurité sociale)

L'état pathologique doit être attesté par un certificat médical.

Les durées de versement et montant maximum de l'indemnité de remplacement sont augmentés de moitié.

Ainsi, l'indemnité de remplacement peut être servie pendant au plus 42 jours ou sur demande de l'assurée 84 jours au maximum.

Elle correspond à un montant au plus égal à trois fois le SMIC mensuel, soit au 1^{er} juillet 2001 : 22.164,00 francs.

Ces jours supplémentaires peuvent être pris à compter du second examen prénatal prévu à l'article L.159 du Code de la santé publique.

Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue pour l'indemnisation du remplacement, sans nécessairement lui être reliés.

d. Cumul naissances multiples et état pathologique

Les durées de versement et le montant maximum de l'allocation de remplacement sont augmentés des majorations appliquées en a et b. L'allocation de remplacement peut donc être versée pendant au plus 70 jours ou sur demande de l'assuré 140 jours,. Ces jours doivent être pris selon les modalités décrites en a et b. Le montant maximal de l'allocation de remplacement est au plus égal à 5 SMIC mensuels, soit 36.940 francs au 1^{er} juillet 2001.

4B2-2. CONJOINTES COLLABORATRICES AYANTS DROIT DES AUTRES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX

En application de l'article L.722-8-2 du Code de la sécurité sociale, les conjointes collaboratrices ayants droit des autres praticiens et auxiliaires médicaux bénéficient également de prestations en cas de maternité et d'adoption.

Les prestations, les conditions de versement et leurs montants sont identiques à celles des conjointes collaboratrices de membres de professions libérales, elles sont donc visées aux articles L.615-19-1 et D.615-5 à D.615-9 du Code de la sécurité sociale.

Elles bénéficient donc en cas de maternité :

- d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité (article D.615-5 du Code de la sécurité sociale),
- d'une indemnité complémentaire proportionnelle à la durée et au coût du remplacement lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux professionnels ou ménagers qu'elles effectuent habituellement (articles D.615-6, D.615-7 et D.615-10 - alinéa 2 du Code de la sécurité sociale).

4B2-2-1. L'ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

Cette allocation forfaitaire de repos maternel est égale à un SMIC mensuel soit au 1^{er} juillet 2001 : 7.388,00 francs.

Elle est versée sans condition de cessation d'activité.

4B2-2-2. L'INDEMNITE DE REMPLACEMENT

Cette indemnité est proportionnelle à la durée et au coût effectif de leur remplacement dans les travaux professionnels ou ménagers habituels (article L.722-8-1 du Code de la sécurité sociale).

Le caractère effectif du remplacement et des dépenses qu'il a engendrées est justifié par la présentation d'un double du bulletin de salaire établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue (article D.615-10 du Code de la sécurité sociale).

Son montant (article D.615-6 du Code de la sécurité sociale)

Le montant de l'indemnité de remplacement correspond à son coût réel et ne peut être supérieure à un SMIC mensuel (soit 7.388,00 francs au 1^{er} juillet 2001).

Pour bénéficier de cette indemnité les assurées doivent cesser leur activité pendant une semaine au moins, comprise entre les six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines après.

Sa durée (article D.615-7 du Code de la sécurité sociale)

L'indemnité est due pour la durée effective du remplacement qui correspond à celle de la cessation d'activité.

Elle peut être servie au maximum, pendant 28 jours, consécutifs ou non.

4B2-2-3. CAS PARTICULIERS**a. L'adoption d'un enfant (article L.722-8-2 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**

En cas d'adoption, les conjointes collaboratrices de membres de professions libérales bénéficient également de prestations maternité correspondant à :

- *une allocation de repos maternel*

Elle est égale à la moitié de celle versée en cas de maternité, c'est à dire à la moitié du SMIC mensuel soit au 1^{er} juillet 2001 : 3.694,00 francs ,

- *une allocation de remplacement*

Elle est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, pour une durée inférieure de moitié à celle prévue en cas de maternité,

Soit pendant 14 jours au plus, consécutifs ou non.

Son montant est égal au coût réel du remplacement dans la limite d'un montant maximum égal à un SMIC mensuel, soit au 1^{er} juillet 2001 : 7.388,00 francs.

Le caractère effectif du remplacement est également attesté par le double d'un bulletin de salaire établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou l'état des frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Ces allocations sont dues à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer.

Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que le SMIC.

b. Naissances multiples (article D.615-9 du Code de la sécurité sociale)

Les durées de versement et le montant maximum de l'indemnité de remplacement sont doublés :

Ainsi, l'indemnité de remplacement peut donc être versée au plus pendant 56 jours.

Ces jours supplémentaires doivent être pris pendant une période postnatale se situant entre la date de l'accouchement et les quinze semaines qui le suivent.

Le montant de l'indemnité de remplacement est au plus égal à deux SMIC mensuel, soit au 1^{er} juillet 2001 : 14.776,00 francs.

c. Etat pathologique lié à la grossesse (article D.615-8 du Code la sécurité sociale)

L'état pathologique doit être attesté par un certificat médical.

Les durées de versement et le montant maximum de l'indemnité de remplacement sont augmentés de moitié :

Ainsi, l'indemnité de remplacement peut être servie pendant au plus 42 jours.

Elle correspond à un montant au plus égal à un SMIC mensuel et demi soit au 1^{er} juillet 2001 : 11.082,00 francs.

Ces jours supplémentaires peuvent être pris à compter de la déclaration de grossesse. Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue pour l'indemnisation du remplacement sans nécessairement lui être reliés.

d. Cumul état pathologique plus naissances multiples

Les durées de versement et le montant maximum de l'indemnité de remplacement sont augmentés des majorations appliquées en a et b.

L'indemnité de remplacement peut donc être versée pendant au plus 70 jours.

Ces jours doivent être pris selon les modalités décrites en a et b.

Le montant maximal de l'indemnité de remplacement est au plus égal à 2 SMIC mensuels et demi, soit 18.470,00 francs au 1^{er} juillet 2001.

PAM/ FEMMES ASSUREES A TITRE PERSONNEL L.722-8 et L.615-19-1					
Allocation forfaitaire de repos maternel					
Naissance		14 950,00	1 plafond SS	D.615-4-1°al.1 L.722-8 al.1	
Adoption		7 475,00	1/2 plafond SS	L.722-8 al.2.1°	
Indemnité journalière forfaitaire					
	Durée	Montant	Valeur	Code SS	
Naissance simple	30 jours	7 475,00	1/2 plafond SS	D.615-4-2 al.1	Renvoi du D.722-15
	45 jours	11 212,50	3/4 plafond SS	D.615-4-2 al.2	
	60 jours	14 950,00			
Naissances multiples	60 jours	14 950,00	1 plafond SS	D.615-4-3	
	75 jours	18 687,50	1 + 1/4 plafond SS	D.615-4-3	
	90 jours	22 425,00	1 + 1/2 plafond SS	D.615-4-3 al.1	
Grossesse pathologique	60 jours	14 950,00	1 plafond SS	D.615-4-3	Renvoi du D.722-15
	75 jours	18 687,50	1 + 1/4 plafond SS	D.615-4-3	
	90 jours	22 425,00	1 + 1/2 plafond SS	D.615-4-3	
Adoption simple	45 jours	11 212,50	3/4 plafond SS	L.722-8 al.2.1.2°	
Adoptions multiples	75 jours	18 687,50	1 + 1/4 plafond SS	D.615-4-3 al.1	

PAM/CONJOINTE COLLABORATRICE (Sauf ayant droit d'infirmier) - L.722-8-2, L.615-19-1				
Allocation forfaitaire de repos maternel				
Naissance		7.388,00	1 SMIC mensuel	L.722-8-2 al.1 D.615-5
Adoption		3.694,00	1/2 SMIC mensuel	L.722-8-2 al.2.1
Indemnité de remplacement				
	Durée	Montant	Valeur	Code SS
Naissance simple	28 jours	7.388,00	1 SMIC mensuel	D.615-6 D.615-7
Naissances multiples	56 jours	14.776,00	2 SMIC mensuels	D.615-9
Adoption	14 jours	7.388,00	1 SMIC mensuel	L.722-8-2 al.2
Grossesse pathologique	42 jours	11.082,00	1 SMIC majoré 50%	D.615-8
Naissances multiples et état pathologique	70 jours	18.470,00	2 SMIC mensuels et 1/2	D.615-8 D.615-9

PAM/CONJOINTE COLLABORATRICE (ayant droit d'infirmier) - L.722-8-1				
Allocation forfaitaire de repos maternel				
Naissance		14.776,00	2 SMIC mensuels	D.722-15-1
Adoption		7.388,00	1 SMIC mensuel	L.722-8-1 al.2.1°
Indemnité de remplacement				
	Durée	Montant	Valeur	Code SS
Naissance simple	28 jours	14.776,00	2 SMIC mensuels	D.722-15-3
	56 jours	14.776,00	2 SMIC mensuels	D.722-15-3
Naissances multiples	56 jours	29.552,00	4 SMIC mensuels	D.722-15-5
	112 jours	29.552,00	4 SMC mensuels	
Adoption	14 jours	14.240,00	2 SMIC mensuels	
	28 jours	14.776,00	2 SMIC mensuels	L.722-8-1 al.2-2°
Grossesse pathologique	42 jours	22.164,00	3 SMIC	
	84 jours	22.164,00	3 SMIC mensuels	D.722-15-4
Naissances multiples et état pathologique	70 jours ou 140 jours	36.940,00	5 SMIC mensuels	D.722-15-3 D.722-15-4 D.722-15-5

V. ASSURANCE INVALIDITE

En cas de maladie ou d'invalidité, les PAMC peuvent bénéficier d'une allocation d'invalidité ou d'indemnités journalières servies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Professions Indépendantes (à compter de trois d'arrêt de travail), ou la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales, dont relève le praticien ou auxiliaire médical conventionné.

VI. ASSURANCE DECES

Le bénéfice de l'assurance décès est accordé aux ayants droit de l'assuré.

Le capital décès, versé dans les conditions prévues à l'article L.361-1 du Code de la sécurité sociale, est égal au quart du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation.

Il ne peut être :

- inférieur à 1 % du montant du plafond annuel prévu à l'article L.241-3 du Code de la sécurité sociale, soit 1 794,00 francs au 1^{er} janvier 2001,
- supérieur au quart de ce plafond (article D.722-16 du Code de la sécurité sociale) soit 44.850,00 francs au 1^{er} janvier 2001.

VII. PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET SECOURS

Les personnes relevant du régime des PAMC ainsi que leurs ayants droit peuvent accéder au bénéfice des prestations supplémentaires et secours d'action sanitaire et sociale du régime général.

En effet, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés participent au financement du fonds national d'action sanitaire et sociale du régime d'assurance maladie (Cf. *circulaire CNAMTS DGR n° 2127 du 31 août 1987*).

VIII. MAINTIEN DES DROITS**8A. CAS GENERAL**

L'article L.161-8 du Code de la sécurité sociale prévoit un maintien de droit de quatre ans aux prestations en nature et d'un an aux prestations en espèces pour les assurés relevant du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés.

Cet article s'applique par conséquent aux personnes relevant du régime des PAMC.

Cependant, le maintien de droit ne peut être effectif concernant les prestations en espèces maternité (puisque ce sont les seules susceptibles de leur être servies par le régime général) que lorsque l'assuré au jour de la cessation d'activité est à jour de ses cotisations.

Cette restriction ne s'applique pas aux prestations en nature qui, depuis la *loi n° 99-641 du 27 juillet 1999* portant création de la CMU (article 6.III), ne peuvent être suspendues que lorsque l'absence de cotisations est justifiée par la mauvaise foi de l'assuré.

8B. CONSEQUENCES DE LA CESSATION D'ACTIVITE POUR RAISON DE SANTE (TEMPORAIRE OU DEFINITIVE)

La cessation d'activité peut être temporaire ou définitive

La cessation d'activité est considérée définitive lorsque le praticien déclare avoir cédé son cabinet ou déclare avoir cessé toute activité professionnelle pour retraite anticipée ou pour mise en invalidité.

Le fait pour le praticien de cesser son activité professionnelle pour raison de santé n'a pas le caractère d'une cessation définitive tant que le praticien n'a pas cédé son cabinet.

Le droit aux prestations du régime des avantages sociaux est supprimé à l'expiration du délai de maintien de droit. Cette mesure s'applique pour les périodes d'inactivité intervenues pour convenance personnelle ou pour raison de santé.

A l'issue de cette période, les personnes qui cessent de remplir les conditions pour bénéficier soit en qualité d'assurée, soit en qualité d'ayant droit, des prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurances maladie-maternité peuvent être affiliées à la couverture maladie universelle de base.

8C. CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE

La *loi n° 88-16 du 5 janvier 1988* (article 4) relative à la sécurité sociale, définit les modalités de cessation anticipée d'activité pour les médecins libéraux.

Elle permet, en effet et dans le cas général, aux médecins conventionnés, qui ont atteint un âge compris entre 57 et 60 ans, de bénéficier d'une allocation visant à leur garantir un revenu de remplacement jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans). Ce dispositif temporaire s'applique aux cessations d'activité intervenant jusqu'au 31 décembre 2004.

Les médecins qui optent pour ce dispositif doivent cesser définitivement toute activité médicale non salariée.

Ils doivent notifier leur choix à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'exercice de la profession, par lettre recommandée avec avis de réception et la cessation prend effet au premier jour du trimestre civil suivant cette notification.

Ces médecins continuent de bénéficier de leurs droits aux prestations en nature du régime d'assurance maladie et maternité dont ils relevaient lors de leur cessation d'activité (régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou travailleurs non salariés des professions non agricoles).

Dispositif particulier : les chirurgiens-dentistes ont la possibilité de prendre soit leur retraite, soit leur préretraite à l'âge de 65 ans. Ils ne peuvent prendre une préretraite qu'à l'âge de 65 ans. Ils continuent alors de travailler et perçoivent 60% de leurs droits à pension de vieillesse.

A la cessation définitive de leur activité professionnelle, ils retrouvent 100% de leur pension de vieillesse.

IX. COORDINATION INTER REGIMES

Des règles de coordination sont prévues lorsque l'assuré cesse d'appartenir au régime des PAMC pour relever du régime des travailleurs non salariés non agricoles et réciproquement (article R.722-4 du Code de la sécurité sociale).

Le droit aux prestations prévues par le régime auquel appartenait l'assuré lui est supprimé à l'expiration du délai d'un mois à compter de la date d'effet de l'affiliation comportant obligation de cotiser.

Si le nouveau régime d'affiliation est le régime d'assurance maladie, maternité et décès des PAMC, le droit aux prestations lui est ouvert dans les conditions prévues pour l'application de l'article L.722-6 du Code de la sécurité sociale.

X. REGIME FISCAL

Aux termes de l'instruction ministérielle du 31 décembre 1996 DSS/SDFGSS/5B/96/785 - point 2-1 relative aux modifications en matière de cotisations et de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, la CSG et la CRDS sont précomptées sur le montant brut de l'indemnité par les organismes débiteurs de prestations, sauf s'agissant des non-salariés lorsque cette indemnité est assujettie au titre des BIC ou BNC, ces contributions étant alors appelées par les URSSAF (lettre ministérielle DSS-S/Direction du Financement et de la Gestion de la Sécurité Sociale - Bureau 5 B - EF/PR N° 445/99 du 30 décembre 1999).

L'indemnité de remplacement versée aux conjointes collaboratrices et l'indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité versée aux praticiens en cas de maternité sont intégrées dans leurs revenus imposables et soumises à ce titre à la CRDS.

Elle ne doit donc pas faire l'objet d'un précompte par les caisses (*circulaire CNAMTS DGR n° 7/96 31 janvier 1996*)

Par conséquent, les revenus de remplacement servis aux personnes relevant du régime des PAMC ne doivent pas donner lieu à précompte de CSG et de CRDS (lettre ministérielle du 30 décembre 1999 - DSS-S/Direction du Financement et de la Gestion de Sécurité Sociale - Bureau 5B EF/PR N° 445/99).

Je vous rappelle que les prestations en espèces servies aux PAMC sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

Pierre-Jean LANCRY

SOMMAIRE

- I. RAPPEL DU CHAMPS D'APPLICATION DU REGIME DES PAMC ET DROIT AUX PRESTATIONS**
- II. IMMATRICULATION-AFFILIATION**
 - 2A. LE DELAI DE 30 JOURS D'EXERCICE D'ACTIVITE**
 - 2B. LES ETUDIANTS EN MEDECINE FRANÇAIS POURSUIVANT LEURS ETUDES A L'ETRANGER**
- III. PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE (article L.722-6 du Code de la sécurité sociale)**
- IV. PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES DE L'ASSURANCE MATERNITE**
 - 4A. PRESTATIONS EN NATURE**
 - 4B. PRESTATIONS EN ESPECES**
 - 4B-1. LES FEMMES AFFILIEES A TITRE PERSONNEL AU REGIME DES PAM**
 - 4B-1-1. L'ALLOCATION DE REPOS MATERNEL (ARTICLE D.615-4-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)**
 - 4B-1-2. L'INDEMNITE JOURNALIERE FORFAITAIRE (ARTICLE D.615-4-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)**
 - 4B-1-3. CAS PARTICULIERS**
 - a. Naissances ou adoptions multiples (article D.615-4-3 du Code de la sécurité sociale)**
 - b. Etat pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement (article D.615-4-3 du Code de la sécurité sociale)**
 - c. Adoption d'un enfant (article L.722-8 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**
 - d. Hospitalisation du nouveau-né (article D.615-4-4 du Code de la sécurité sociale)**
 - 4B-2. LES CONJOINTES COLLABORATRICES**
 - 4B-2-1. LES CONJOINTES COLLABORATRICES AYANT DROIT D'INFIRMIERS**
 - 4B-2-1-1. L'ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL**
 - 4B-2-1-2. L'INDEMNITE DE REMPLACEMENT**
 - 4B-2-1-3. CAS PARTICULIERS**
 - a. L'adoption d'un enfant (article L.722-8-1 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**
 - b. Naissances multiples (article D.722-15-5 du Code de la sécurité sociale)**
 - c. Etat pathologique lié à la grossesse (D.722-15-4 du code de la sécurité sociale)**
 - d. Cumul naissances multiples et état pathologique**
 - 4B-2-2. CONJOINTES COLLABORATRICES AYANT DROIT DES AUTRES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX**

4B-2-2-1. L'ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

4B-2-2-2. L'INDEMNITE DE REMPLACEMENT

4B-2-2-3 CAS PARTICULIERS

- a. L'adoption d'un enfant (article L.722-8-1 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale)**
- b. Naissances multiples (article D.615-9 du Code de la sécurité sociale)**
- c. Etat pathologique lié à la grossesse (D.615-8 du code de la sécurité sociale)**
- d. Cumul état pathologique plus naissances multiples**

V. ASSURANCE INVALIDITE

VI. ASSURANCE DECES

VII. PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET SECOURS

VIII. MAINTIEN DES DROITS

8A. CAS GENERAL

8B. CONSEQUENCES DE LA CESSATION D'ACTIVITE POUR RAISON DE SANTE (temporaire ou définitive)

8C. CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE

IX. COORDINATION INTER REGIMES

X. REGIME FISCAL