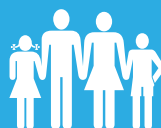




GUIDE DES FRONTALIERS

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RÉSIDEZ EN BELGIQUE



Avec le soutien de l'Union européenne



SOMMAIRE

Fiche 1	Généralités
Fiche 2	Formalités d'inscription
Fiche 3	Prise en charge des soins en Assurance Maladie
Fiche 4	Incapacité de travail en Maladie
Fiche 5	Prise en charge des soins en Maternité
Fiche 6.1	Indemnisation en assurance maternité
Fiche 6.2	Indemnisation en assurance paternité
Fiche 6.3	Indemnisation en assurance adoption
Fiche 7	Prise en charge des soins de santé en accident du travail et maladie professionnelle
Fiche 8	Incapacité de travail en accident du travail et maladie professionnelle
Fiche 9	Invalidité
Fiche 10	Chômage
Fiche 11	Prestations familiales
Fiche 12	Ex travailleur frontalier pensionné (vieillesse ou invalidité)
Fiche 13	Changements de situation
Fiche 14	Situations particulières
Fiche 15	Séjours à l'étranger



1. GÉNÉRALITÉS

Suis-je travailleur frontalier ?

Vous possédez le statut de travailleur frontalier au sens des règlements communautaires de Sécurité Sociale si vous exercez votre activité salariée en France et résidez légalement en Belgique où vous retournez chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Auprès de qui suis-je assuré ?

Vous relevez de la Sécurité Sociale française. Votre dossier est géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de travail pour les prestations des assurances Maladie - Maternité - Paternité - Invalidité - Décès - Accidents du Travail et Maladies Professionnelles.





2. FORMALITÉS D'INSCRIPTION

Que dois-je faire en France ?

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter selon qu'il s'agit d'un premier emploi, d'un changement d'adresse (de France en Belgique), d'un changement d'activité...

Nous vous invitons à vous adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de travail qui vous indiquera les démarches à accomplir et les documents à fournir.



Il vous sera demandé les documents officiels relatifs à votre état civil (sauf si vous êtes déjà identifié dans les fichiers de la Caisse Primaire), un Relevé d'Identité Bancaire d'un compte ouvert en France, ainsi que les éléments sur votre situation familiale et professionnelle.

S'il s'agit d'un premier emploi en France, votre employeur établit une déclaration unique d'embauche.

Si vous étiez assuré en Belgique, la mutualité belge vous délivre, à votre demande, un document (SED 040 ou 041) (ex E 104), à remettre à la Caisse Primaire de votre lieu de travail.

Si les conditions d'ouverture de droit sont remplies, la Caisse Primaire vous fait parvenir une carte "Vitale" et une attestation de droits pour les soins dispensés en France ainsi qu'un document S1 (ex E 106) pour les soins dispensés en Belgique.



Que dois-je faire en Belgique ?

Pour vous pouvoir bénéficier de la prise en charge des soins de santé sur le territoire belge, par l'institution de Sécurité Sociale belge, vous remettez le document S1 (ex E 106), délivré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à la mutualité belge de votre choix.

Suis-je assuré pour toute ma famille ?

Pour les soins en France :

Vous bénéficiez des prestations pour vous-même et les membres de votre famille reconnus ayants droit selon la législation belge pour autant qu'ils ne peuvent prétendre à une couverture sociale à un autre titre.

Pour les soins en Belgique :

Si les membres de votre famille ne peuvent prétendre à aucune couverture sociale au titre de la législation belge, ils pourront être admis à la qualité d'ayant droit dans la mesure où la législation belge les admet en tant que tel.





3. PRISE EN CHARGE DES SOINS EN ASSURANCE MALADIE

Puis-je me faire soigner en France et en Belgique ?

Oui.

Je me fais soigner en France par un prestataire de santé : médecin, dentiste, kinésithérapeute, infirmière...

Le professionnel de santé utilise la carte Vitale :

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous serez remboursé sans autre formalité.

Le professionnel de santé n'utilise pas la carte Vitale :

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous faites parvenir les feuilles de soins et/ou la facture (accompagnées de la prescription et des vignettes) complétées par vos soins à votre Caisse Primaire.

Pour avoir l'assurance d'un suivi médical et bénéficier d'un meilleur remboursement, pensez à choisir et à déclarer votre médecin traitant (site internet : ameli.fr).



|| Dans certaines situations, vous pouvez être dispensé de l'avance des frais en partie ou en totalité.

Et si je suis hospitalisé en France ?

Vous présentez votre carte Vitale à l'établissement qui se charge des démarches administratives vis-à-vis de la Caisse Primaire.

Que reste-t-il à ma charge ?

En principe le patient supporte un "ticket modérateur". Dans certains cas, le patient peut prétendre à une prise en charge à 100 %.



4. INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN MALADIE

Souffrant, je suis en arrêt de travail, que dois-je faire ?

Envoyez dans les 48 heures la prescription d'arrêt de votre médecin au Service Médical de votre Caisse Primaire.

Si vous êtes hospitalisé en France, envoyez le bulletin de présence, délivré par l'établissement, à votre Caisse Primaire.

Si vous êtes hospitalisé en Belgique, la Mutualité se charge des formalités.

Attention : Il convient également d'aviser votre employeur.

Dois-je adresser d'autres documents ?

Oui.

L'attestation de salaire établie par votre employeur (imprimé S 3201) dès le début de votre arrêt de travail et le justificatif de domiciliation fiscale.

Dès la reprise effective du travail, l'attestation de reprise établie par votre employeur.

Ai-je d'autres obligations ?

En règle générale, l'assuré doit être présent à son domicile entre 9 h et 11 h et 14 h et 16 h.





A partir de quand et comment suis-je indemnisé ?

Si vous remplissez les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières (200 heures de travail dans les 3 mois qui précèdent la date effective d'arrêt du travail ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.), elles vous seront accordées à compter du 4ème jour d'arrêt.

Elles sont dues pour chaque jour, ouvrable ou non, et versées pour une durée maximale qui diffère selon qu'il s'agit ou non d'une affection de longue durée.

En règle générale, le montant de l'indemnité journalière est calculé à partir des salaires bruts plafonnés des 3 derniers mois ; l'indemnité journalière est égale à 1/182,50 ème de l'addition de ces 3 paies.

Si vous êtes fiscalisé sur le territoire belge, vos indemnités journalières ne seront pas soumises aux retenues Contribution Sociale Généralisée et Remboursement de la Dette Sociale.



La subrogation

En cas de maintien total ou partiel du salaire, votre employeur peut, avec votre accord, percevoir les indemnités journalières qui vous sont dues.



5. PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ EN MATERNITÉ

Puis-je effectuer les actes en Belgique et en France ?

Oui.

Vous et les membres de votre famille (conjointe et enfants).

Si vous envisagez d'effectuer l'ensemble des actes en Belgique, rapprochez-vous de votre Mutualité.

Si vous envisagez d'effectuer tout ou partie des actes en France, il convient d'adresser à votre Caisse Primaire un certificat médical précisant la date de début de grossesse.

Du début de grossesse jusqu'à la fin du 5ème mois, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

A compter du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date d'accouchement, l'ensemble des actes effectués sur le territoire français est pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité (sauf les médicaments à vignette bleue).



Pour tout autre renseignement sur la prise en charge des actes effectués en France ou hors de France, n'hésitez pas à contacter votre Caisse Primaire.





6.1 INDEMNISATION EN ASSURANCE MATERNITÉ

Celle-ci ne concerne que l'assurée. Elle est servie par la Caisse Primaire.

Sous quelles conditions puis-je prétendre aux indemnités journalières maternité ?

Etre immatriculée depuis au moins 10 mois à la date présumée d'accouchement, et justifier d'au moins 200 heures d'activité salariée dans les 3 mois ou les 90 jours précédant la date de début de grossesse ou celle du début du repos prénatal ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

A partir de quand et combien de temps je serai indemnisée ?

Le tableau ci-après vous donne toute précision.

Types de grossesses		DUREE TOTALE DU CONGE* (en semaines)	PERIODE PRENATALE (en semaines)	PERIODE POSTNATALE (en semaines)
GROSSESSE SIMPLE	L'assuré ou le ménage a moins de deux enfants	16	6 ¹	10
	L'assuré ou le ménage a déjà la charge d'au moins deux enfants ou l'assuré a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	26	1 ⁽¹⁾²	18
Grossesse gémellaire		34	12 ⁽¹⁾³	22
Grossesse de triplés (ou+)		46	24 ⁽¹⁾	22

(1) En cas d'état pathologique attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être augmenté de 2 semaines au plus.

(2) La période prénatale peut être augmentée de 2 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

(3) La période prénatale peut être augmentée de 4 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

*Arrêt de travail de 8 semaines obligatoire.



Report du congé maternité

Vous pouvez demander à reporter une partie de votre congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur votre congé postnatal.

Ce report peut se faire : soit en une seule fois pour une durée maximale de 3 semaines ; soit sous la forme d'un report d'une durée fixée par votre médecin et renouvelable (une ou plusieurs fois) dans la limite de 3 semaines.

En pratique

Adressez, pour cela, une demande écrite à votre caisse d'Assurance Maladie, accompagnée du certificat de votre médecin ou votre sage-femme attestant que votre état de santé vous permet de prolonger votre activité avant la naissance. Vous devez effectuer votre demande, au plus tard, la veille de la date à laquelle votre congé prénatal devait initialement débiter.



Si vous êtes en arrêt de travail durant la période de report de votre congé prénatal, la durée du report sur votre congé postnatal sera réduite d'autant, que cet arrêt soit en lien ou non avec votre grossesse.

Quel est le montant de l'indemnité journalière ?

Elle est égale à 84 % du gain journalier net de base.

Le gain journalier net est calculé à partir du salaire de référence brut, diminué de la part salariale des cotisations légales et conventionnelles, des 3 mois précédant l'arrêt de travail, dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.

Quel justificatif devrais-je fournir ?

L'imprimé S 3201 complété par votre employeur permettra à votre Caisse Primaire d'étudier votre droit aux indemnités journalières et de déterminer leur montant.



Vous devez cesser effectivement toute activité durant vos congés pré et postnataux.



6.2 INDEMNISATION EN ASSURANCE PATERNITÉ

Sous quelles conditions puis-je prétendre aux indemnités journalières paternité ?

Après la naissance de votre enfant, vous pouvez obtenir un congé de paternité de 11 jours consécutifs (18 jours consécutifs en cas de naissance multiple) y compris samedi et dimanche.

Ce congé n'est pas fractionnable. Il doit obligatoirement (sauf exception) débuter dans les 4 mois à compter de la naissance.

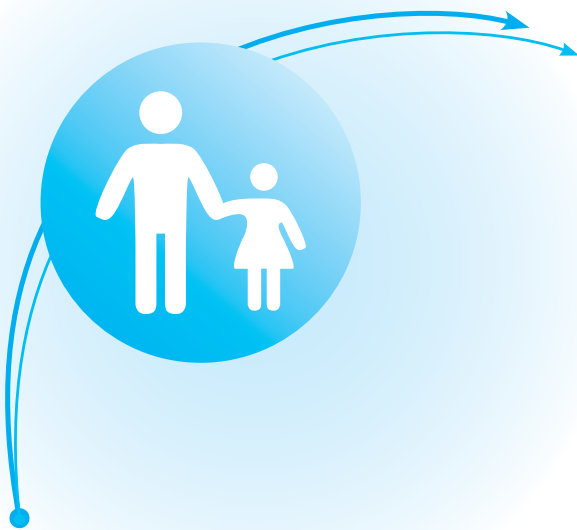
Vous devez justifier des conditions d'immatriculation et de salariat identiques à celles prévues pour le congé maternité (voir fiche 6-1). Vous devez informer votre employeur de la date de début et de la durée du congé paternité par lettre recommandée avec accusé de réception un mois minimum avant la date choisie de début de ce congé.

Quel est le montant de l'indemnité journalière ?

Il est égal à celui prévu en maternité (voir fiche 6.1).

Quel justificatif devrais-je fournir ?

- L'imprimé S 3201 établi par l'employeur (voir fiche 6.1).
- Un acte de naissance de l'enfant.





6.3 INDEMNISATION EN ASSURANCE ADOPTION

Sous quelles conditions puis-je prétendre aux indemnités journalières adoption ?

- Etre immatriculé(e) depuis au moins 10 mois à la date d'arrivée de l'enfant
- Justifier d'au moins 200 heures d'activité salarié dans les 3 mois précédant l'arrivée de l'enfant ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail.

La date de début de mon congé d'adoption

Elle se situe :

- Soit au jour de l'arrivée de l'enfant dans votre foyer
- Soit 7 jours avant la date prévue de l'arrivée de l'enfant.

La durée de ce congé

- Vous adoptez un enfant et avez, suite à cette adoption, un ou deux enfants à charge : vous bénéficiez d'un congé de 10 semaines ;
- Vous adoptez un enfant et avez, suite à cette adoption, au moins trois enfants à charge : vous bénéficiez d'un congé de 18 semaines ;
- Vous adoptez plusieurs enfants, quel que soit le nombre d'enfants à charge : votre congé est de 22 semaines.



La durée du congé est modifiée en cas de partage avec votre conjoint :

- 11 jours supplémentaires pour l'adoption d'un seul enfant.
- 18 jours supplémentaires pour l'adoption de plusieurs enfants.

Attention : s'il est partagé, le congé d'adoption doit être réparti en 2 périodes de temps dont la plus courte doit être d'au moins 11 jours.

Quel est le montant de l'indemnité journalière ?

Il est égal à celui prévu en maternité (voir fiche 6.1).

Quels justificatifs devrais-je fournir ?

Il vous sera réclamé notamment :

- L'imprimé S 3201 établi par l'employeur.
- Une attestation de mise en relation des services départementaux de l'adoption, indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement ou une photocopie du passeport de l'enfant ou tout autre document officiel sur lequel figure le visa accordé par la Mission pour l'adoption internationale (M.I.A.).





7. PRISE EN CHARGE DES SOINS EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Qui me couvre en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?

Comme en assurance maladie-maternité, c'est la Caisse Primaire de votre lieu de travail qui a compétence à gérer votre dossier.

Quelles sont les formalités en cas d'accident du travail ?

Dès la survenance de l'accident (intervenu sur le lieu de travail ou au cours du trajet), prévenez immédiatement votre employeur. Celui-ci dispose de 48 heures pour le déclarer à votre Caisse Primaire. Par ailleurs, il doit vous remettre « une feuille accident de travail » (Imprimé S 6201c) qui vous permet d'obtenir gratuitement sur le territoire français les soins et médicaments.

Votre médecin établit un certificat médical initial qu'il doit transmettre immédiatement à la Caisse.

Quelles sont les formalités en matière de maladie professionnelle ?

La demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle s'établit sur l'imprimé S 6100b accompagné d'un certificat médical. La Caisse vous délivre une feuille de soins (imprimé S 6201c).

Que se passe-t-il ensuite ?

Sous réserve de la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle par la Caisse Primaire vous êtes pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité et dispensé de l'avance des frais pour les soins et fournitures en rapport, sur le territoire français.



Et pour les soins dispensés en Belgique ?

La Caisse Primaire vous délivre un DA 1(ex E 123) à remettre à votre mutualité.

Combien de temps suis-je couvert ?

Tant que les soins en relation avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle sont justifiés par certificat médical, ils sont pris en charge dans les cas évoqués ci-dessus. Lorsque vous êtes guéri ou consolidé, votre médecin établit pour la Caisse un certificat final descriptif.





8. INCAPACITÉ EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Par qui et comment suis-je indemnisé de ma perte de salaire pendant l'incapacité temporaire totale ?

Le jour de l'accident est payé par votre employeur ;

L'indemnisation débute, en général, le lendemain de la cessation d'activité si les 2 conditions, cessation et prescription d'arrêt, sont simultanément remplies.

Les indemnités journalières sont dues pour toute la période de l'incapacité temporaire de travail. Elles sont versées au plus tard jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure ou de la maladie professionnelle, indiquée par votre médecin sur un certificat final descriptif.

Elles sont calculées en fonction de gain journalier de base. Durant les 28 premiers jours, l'indemnité est égale à 60 % du gain journalier, elle passe à 80 % à compter du 29ème jour.



! L'indemnité ne peut être supérieure au revenu net d'activité perçu.

A l'issue de l'interruption temporaire de travail

Si, à la suite de cet accident, vous conservez une incapacité permanente, partielle ou totale, vous pouvez bénéficier d'une indemnisation sous forme de rente ou de capital.

Comment cela se passe-t-il ?

Au vu du certificat de consolidation, le service médical, en fonction de plusieurs critères (état général, nature de l'infirmité, âge) détermine votre taux d'incapacité.

La caisse vous notifie la décision.

Combien vais-je toucher ?

Si votre taux d'incapacité est inférieur à 10 %, vous percevez un capital, dont le montant forfaitaire est fixé par décret.

Si ce taux est égal ou supérieur à 10 %, vous percevez une rente dont le montant est fonction du taux d'incapacité et des salaires des 12 mois précédant l'arrêt de travail dû à l'accident.





9. INVALIDITÉ

Qu'est-ce qu'une pension d'invalidité ?

La pension d'invalidité est destinée à compenser en partie la perte de salaire résultant d'une affection ou d'un accident non professionnel. Elle est accordée uniquement à l'assuré (exception : la pension de veuf ou veuve invalide) et est servie à titre temporaire.

Y-a-t'il des conditions pour y prétendre ?

Oui :

- **Une condition d'âge** : moins de 60 ans
- **Une condition de durée d'immatriculation** : au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue soit l'interruption de travail suivi de l'invalidité, soit la constatation médicale de l'état invalidant en cas d'usure prématurée de l'organisme.
- **Une condition d'activité suffisante** : 800 heures de travail salarié dans les 12 mois civils précédant ces mêmes dates dont au moins 200 heures au cours des 3 premiers mois
- **Une condition médicale** : avoir une capacité de travail ou de gain réduite d'au moins 2/3 liée à votre problème de santé : le degré d'incapacité est apprécié par le médecin conseil qui statue après examen du demandeur et/ou au vu des éléments médicaux transmis (y compris par l'institution belge).

Pour examiner ces conditions il est tenu compte de vos périodes d'activité en Belgique. Depuis le 1/5/2010 si vous avez travaillé en France et en Belgique vous pouvez avoir une part de pension belge et une part de pension française. Renseignez vous auprès de votre caisse primaire.





Quel est le montant de la pension ?

La pension d'invalidité est calculée sur le salaire annuel
Le montant varie selon la catégorie dans laquelle vous êtes classé.

Catégories de pension	CENTRES MEDICAUX D'ATTRIBUTION	MONTANT : % DU SALAIRE ANNUEL MOYEN
1ère catégorie	Votre état de santé vous permet d'exercer une activité	30%
2ème catégorie	Votre état de santé ne vous permet pas d'exercer une activité	50%
3ème catégorie	Votre état de santé ne vous permet pas d'exercer une activité et l'assistance d'une tierce personne est nécessaire pour effectuer les actes de la vie quotidienne	50% + Majoration tierce personne (montant fixé par décret)

Si vos droits ne sont ouverts qu'en prenant en compte des périodes d'assurance en Belgique, le montant de la pension sera aussi calculé en fonction de votre durée globale d'assurance en France.

A quelle périodicité je touche ma pension ?

La pension d'invalidité est payée tous les mois à terme échu.



Vous devez nous retourner l'attestation sur l'honneur préalablement envoyée par nos services à des périodes différentes selon votre situation.

Cette pension m'est-elle acquise à titre définitif ?

La pension est toujours attribuée à titre temporaire. Elle peut être révisée, suspendue ou supprimée pour des raisons médicales ou administratives.



Départ à la retraite

6 mois avant l'âge légal de départ à la retraite, votre caisse d'assurance maladie vous informe de votre situation et des démarches à effectuer :

Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle : Votre pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse au 1er jour du mois qui suit votre 60ème anniversaire.

Si vous exercez une activité professionnelle : Dans ce cas, vous continuez de bénéficier de votre pension d'invalidité jusqu'à ce que vous demandiez le versement de votre pension de vieillesse, et au plus tard, jusqu'à 65 ans.

Attention : quelle que soit votre situation, pour bénéficier d'une pension de vieillesse, vous devez formuler une demande de retraite auprès de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) en précisant la date d'effet souhaitée.

Ai-je toujours droit aux soins de santé en Belgique et en France ?

Oui, si la charge des prestations incombe à l'État français.

Dans ce cas :

- Pour les soins dispensés sur le territoire français, vous conservez l'intégralité de vos droits.
- Pour les soins dispensés sur le territoire belge, la CPAM vous délivre un document S1 (ex E 121) à remettre à votre mutualité.

Pour les séjours dans un autre État de l'Espace Economique Européen ou en Suisse, la CPAM vous délivre à votre demande une CEAM.

Pour tous les soins dispensés à l'étranger, si vous avez fait l'avance des frais, adressez votre demande de remboursement à la CPAM.





10. CHÔMAGE

Si je perds mon emploi en France, qui va me verser les prestations de chômage ?

Si vous perdez votre emploi en France, vous serez indemnisé par l'ONEM en Belgique. Pour étudier vos droits, durée du service des prestations et montant de l'indemnisation, l'ONEM tiendra compte de votre période d'activité en France (et éventuellement de votre période précédente d'activité en Belgique, si vous travaillez depuis peu de temps en France) et de vos salaires.

Quelles sont les formalités ?

Vous devez vous inscrire auprès de l'ONEM de votre domicile en présentant un formulaire U1 qui vous sera délivré par la direction départementale de l'emploi.

Vous devez pendant la période d'indemnisation vous soumettre au suivi et au contrôle de la recherche d'emploi en Belgique.

Vous pouvez aussi vous inscrire en France auprès du Pôle emploi, si vous souhaitez poursuivre une recherche d'emploi dans cet État ; vous pourrez bénéficier des dispositifs français de suivi de la recherche d'emploi.

Votre assurance maladie pendant votre période de chômage

Dans la mesure où vous êtes indemnisé par l'Onem, vous êtes assuré en Belgique et vous dépendez de la Mutualité que vous avez choisie. Vous devez signaler votre changement de situation à cette caisse.

Vous devez également avertir directement votre caisse primaire et lui restituer votre carte VITALE. Celle-ci établit deux documents :

- Le document S016 ou le formulaire E108 destiné à clôturer votre droit à charge de la France,
- Le formulaire E104 destiné à l'étude de votre droit en Belgique.

Ces deux documents seront adressés directement à votre mutualité.



Est-ce que je peux encore me faire soigner en France ?

Vous n'avez plus la qualité de frontalier ; vous ne pourrez plus utiliser la carte VITALE.

Vos soins en France (ou ceux d'un membre de votre famille inscrit à votre charge) ne seront pris en charge par le régime français que sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) délivrée par la mutualité belge et pour autant qu'il s'agisse de soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour. En cas de soins programmés en France, vous devrez contacter votre mutualité pour y demander une éventuelle autorisation préalable.



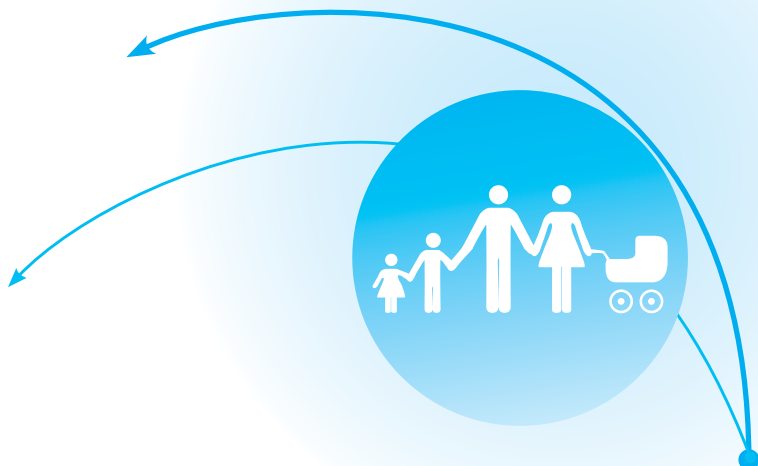
11. PRESTATIONS FAMILIALES

Vous avez droit pour vos enfants résidant en Belgique à l'ensemble des prestations familiales françaises à l'exception des allocations logement et des allocations à la naissance et l'adoption.

Vous devez déposer une demande de prestations auprès de la caisse d'allocations familiales française.

Toutefois si votre conjoint exerce une activité professionnelle en Belgique la caisse d'allocations familiales belge est prioritaire pour vous attribuer les prestations familiales belges.

Si le montant de ces prestations belges est moins élevé que le montant des prestations françaises la caisse d'allocations familiales française vous versera un complément différentiel.





12. EX TRAVAILLEUR FRONTALIER PENSIONNÉ (VIEILLESSE OU INVALIDITÉ)

Je suis ancien travailleur frontalier et je suis pensionné : Ai-je le droit de continuer à me soigner en France ?

1) Ancien travailleur frontalier en France, je réside en Belgique

- Je suis pensionné du seul régime français

Vous avez le droit de continuer, vous et les membres de votre famille à vous faire soigner en France.

- Je suis pensionné du régime français et du régime belge.

C'est à ce dernier qu'incombe la charge des prestations. Vous avez le droit de continuer vous et les membres de votre famille, à vous faire soigner en France, s'il s'agit de poursuivre un traitement entamé en France ou bien si vous avez eu la qualité de frontalier au moins deux ans dans les cinq ans qui précèdent le point de départ de votre pension..

Vous devez demander à l'organisme belge qui vous rembourse vos soins le document à présenter à la caisse primaire, le S3.

- Je suis pensionné du régime français et du régime d'un autre État de l'Union Européenne :

- Si la charge des prestations incombe à l'État français :

Vous avez le droit de continuer vous et les membres de votre famille, à vous faire soigner en France.

- Si la charge des prestations incombe à l'autre État :

Vous avez le droit de continuer vous et les membres de votre famille, à vous faire soigner en France, s'il s'agit de poursuivre un traitement entamé en France ou bien si vous avez eu la qualité de frontalier au moins deux ans dans les cinq ans qui précèdent le point de départ de votre pension...



Vous devez demander à l'organisme compétent de cet État, le document à présenter à la caisse primaire, le S3.

2) Ancien travailleur frontalier en France, je résidais en Belgique, et je m'installe en France

Vous relevez à nouveau du régime français

3) Ancien travailleur frontalier en France, je résidais en Belgique, et je m'installe dans un 3ème État de l'Union Européenne

- Si la charge des prestations incombe à l'État français

Vous avez le droit de continuer vous et les membres de votre famille, à vous faire soigner en France.

- Si la charge des prestations incombe à l'autre État

Vous avez le droit de continuer vous et les membres de votre famille, à vous faire soigner en France, s'il s'agit de poursuivre un traitement entamé en France.

Vous devez demander à l'organisme compétent de cet État, le document à présenter à la caisse primaire, le S3.

Vous avez également ce droit si vous avez eu la qualité de frontalier au moins deux ans dans les cinq ans qui précèdent le point de départ de votre pension. et si votre pays de résidence est l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg, l'Autriche ou le Portugal.



13. CHANGEMENTS DE SITUATION

Je cesse mon travail en France. Je suis au chômage en Belgique ou je reprends une activité en Belgique. Que dois-je faire ?

Dans les 2 cas, vous devez aviser la Caisse Primaire auprès de laquelle vous étiez assuré. Celle-ci vous fournira, sur présentation d'une attestation de votre ou de vos derniers employeurs indiquant vos dates d'embauche et de fin de contrat, ou de vos bulletins de paie des 6 derniers mois, un document SED 041 (ex E 104) à l'attention de votre Mutualité belge qui vous apportera toute précision sur votre nouvelle couverture sociale.

Vous devez restituer votre carte Vitale à la caisse primaire.

Je change d'employeur mais je continue à travailler en France. Que dois-je faire ?

Contactez la Caisse Primaire auprès de laquelle vous êtes assuré. Celle-ci vous précisera si vous continuez à en dépendre ou vous indiquera les coordonnées de la nouvelle Caisse Primaire qui gèrera votre dossier, à charge pour vous de contacter cet organisme (en France, pour un travailleur frontalier, la Caisse Primaire compétente est celle du lieu de travail).

Autres changements

- Je prends une activité indépendante ou agricole en France,
- Je deviens fonctionnaire,
- Je passe en préretraite,
- Je prends ma retraite,
- Je viens habiter en France,
- Ma situation de famille a changé :

Adressez à la Caisse Primaire qui gère votre dossier ainsi qu'à votre Mutualité les pièces justificatives relatives à ce changement. Ces organismes vous fourniront tous renseignements utiles.



14. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Activité salariée. Comment cela se passe-t-il ?

- Si je suis salarié en Belgique et en France

Dans ces conditions, vous n'avez pas le statut de travailleur frontalier. Vous dépendez du régime de Sécurité Sociale belge, pour autant que votre activité sur ce territoire est considérée comme substantielle.

Les cotisations correspondantes à votre activité sur le territoire français doivent être versées à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) qui doit établir un document A1 (ex E 101) destiné à votre employeur français lui permettant de justifier auprès de l'URSSAF. L'absence de cotisations au régime français.

- Si je suis salarié en France et travailleur indépendant en Belgique

Vous n'avez pas le statut de travailleur frontalier. Dans ces conditions, vous dépendez de la sécurité sociale française (le statut de salarié prime sur celui de travailleur indépendant).

- Si je suis salarié en Belgique et travailleur indépendant en France

Vous n'avez pas le statut de travailleur frontalier. Dans ces conditions, vous dépendez de la sécurité sociale belge (le statut de salarié prime sur celui de travailleur indépendant).





15. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

Je séjourne à l'étranger dans un pays autre que la Belgique et la France. Que dois-je faire ?

Vous pouvez obtenir une Carte Européenne d'Assurance Maladie auprès de votre Caisse Primaire :

- Quelle que soit votre nationalité, si vous effectuez un séjour touristique dans un Etat de l'Union Européenne (sauf au Danemark).

- Si vous avez la nationalité d'un Etat de l'EEE* ou de la Suisse, si vous effectuez un séjour touristique au Danemark, en Islande, en Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Ce document vous permet d'obtenir, pour vous et vos ayants droit, la prise en charge (tout ou partie) des soins par l'organisme de Sécurité Sociale du lieu de séjour.

Si vous n'avez pu obtenir le remboursement sur place, adressez vos factures acquittées au retour à votre Caisse Primaire en précisant si vous souhaitez le règlement selon la législation française ou selon celle du pays de séjour.

En cas d'incapacité de travail survenu pendant le séjour, vous devez adresser le certificat médical à votre caisse primaire d'assurance maladie afin de préserver vos droits éventuels aux indemnités journalières.

**L'Espace économique européen (EEE) est une union économique rassemblant trente États européens : les vingt-sept États membres de l'Union européenne (UE) et l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.*

 Allemagne	 Grèce	 Norvège
 Autriche	 Hongrie	 Pays-Bas
 Belgique	 Irlande	 Pologne
 Bulgarie	 Islande	 Portugal
 Chypre	 Italie	 Roumanie
 Danemark	 Lettonie	 Royaume-Uni
 Espagne	 Liechtenstein	 Slovaquie
 Estonie	 Lituanie	 Slovénie
 Finlande	 Luxembourg	 Suède
 France	 Malte	 République tchèque

Séjour en vue de se faire soigner à l'étranger, dans l'Espace Economique Européen ou en Suisse.

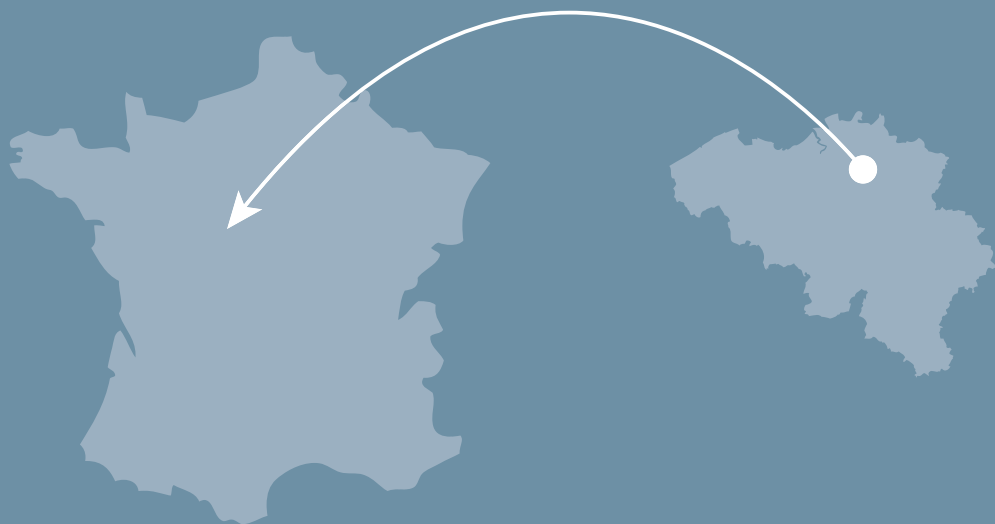
Vous devez solliciter, certificat médical à l'appui, l'accord médical et administratif de votre Caisse Primaire.

Si l'autorisation est accordée, un document S2 (ex E 112) vous sera délivré pour prise en charge (tout ou partie) des soins par l'organisme de Sécurité Sociale du lieu de séjour.

Séjour professionnel (mission – détachement) dans une autre État que la France

Il appartient à votre employeur d'effectuer les démarches auprès de la CPAM compétente.





Éditeur responsable

Antoine CHATAIGNIER
relations.internationales@cpam-lille-douai.cnamts.fr
2, rue d'Iéna
59 000 LILLE



Service public fédéral
Sécurité sociale



**L'Assurance
Maladie**



GROUPE
FRANCO-BELGE ASSURANCES
DE L'ASSURANCE MALADIE