

FRANCIA

NUEVO RÉGIMEN DE LA PROTECCIÓN SANITARIA UNIVERSAL

La ley de presupuestos de la seguridad social para 2016 ha creado un nuevo régimen de protección sanitaria universal, (conocido por sus siglas "PUMA", correspondientes a la denominación francesa "protection universelle maladie"), que desde el 1 de enero de 2016, sustituye a la cobertura sanitaria universal de base (CMU). Este nuevo régimen permite abrir derecho a prestaciones en especie del seguro de enfermedad o mantener estos derechos, si se justifica una actividad profesional o, en su defecto, una residencia estable y legal en Francia.

Paralelamente, el asegurado que dispone de escasos ingresos, puede ser beneficiario de la cobertura sanitaria universal complementaria (CMU-C), protección sanitaria complementaria gratuita. El tope de ingresos que no se puede sobrepasar para ser beneficiario se revaloriza cada año el 1 de abril en función de la inflación constatada (y no la prevista), en conformidad con la Ley de presupuestos de la seguridad social para 2016 que ha armonizado las fechas y modos de revalorización de la mayor parte de prestaciones sociales. Este tope, que no se había revalorizado desde julio de 2014, ha aumentado un 0,1% el 1 de abril.

Los topes de ingresos establecidos para la CMU-C se aplican también a la ayuda médica del Estado (AME), que permite la asistencia sanitaria gratuita a extranjeros en situación ilegal.

Por último, los topes de ingresos de la ayuda para la suscripción de una asistencia sanitaria complementaria (ACS), que son iguales a los de la CMU-C incrementados en un 35%, han sido también modificados con efectos de 1 de abril.

NOTA. Las coberturas sanitarias complementarias o a las ayudas a la suscripción de coberturas complementarias tienen por objeto la toma a cargo de la parte del gasto sanitario no cubierto por el seguro de enfermedad que debe asumir el asegurado.

La protección sanitaria universal

Requisitos para la apertura de derechos

Las personas que trabajan o, aquellas que no teniendo trabajo residen en Francia de forma legal y estable, tienen derecho en caso de enfermedad o maternidad a la cobertura de sus gastos sanitarios. En caso de afiliación por tener residencia legal y estable, esta protección sanitaria universal abre derecho a prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad (reembolso de los gastos médicos y paramédicos y gastos de hospitalización). El beneficio de las prestaciones económicas (importe económico diario en caso de enfermedad o maternidad, por ejemplo) requiere, sin embargo, el ejercicio de una actividad profesional.

1. Actividad profesional.

Están afiliados a un régimen obligatorio de seguridad social sea cual, sea su lugar de residencia y, bajo reserva de lo dispuesto en los tratados o acuerdos

internacionales o reglamentos europeos, todas las personas que ejercen una actividad profesional, permanente o temporal, a tiempo completo o parcial, en el territorio francés, ya se ejerza por cuenta de uno o varios patronos, tengan o no tengan establecimiento en Francia, o se trate de una actividad profesional por cuenta propia. También deben afiliarse las personas que ejercen una actividad profesional en el extranjero cuando, en virtud de los reglamentos europeos o convenios internacionales en vigor, están sujetos a la legislación francesa de seguridad social.

2. Residencia estable y legal en Francia

El requisito de residencia estable y legal en Francia es, a partir de ahora, un requisito alternativo para la apertura de derechos, en aplicación del artículo L.111-2-3 del código de la seguridad social. Toda persona que declare en una agencia del seguro de enfermedad, según las modalidades establecidas por decreto, que no es beneficiario de la asistencia sanitaria de la seguridad social, podrá ser tomada a cargo si justifica su identidad y residencia estable y legal. Este requisito de la estabilidad de la residencia se considera cumplido cuando la persona afectada presenta un justificante que demuestre que residen en Francia de manera interrumpida desde hace más de 3 meses. También se considera cumplido si el interesado presenta un justificante probando que está incluido en alguna de las siguientes categorías:

- Personas inscritas en un establecimiento de enseñanza o que vienen a Francia a realizar unas prácticas en el marco de acuerdos de cooperación cultural, técnica y científica;
- Personas beneficiarias de una de las siguientes prestaciones;
- Prestaciones familiares;
- Subsidio de solidaridad de las personas mayores o jubilación mínima;
- Subsidio de vivienda social o ayuda personalizada para la vivienda;
- Prestaciones de ayuda social las familias o a la infancia definidas en el Libro II del Código de acción social y de las familias;
- Subsidio personalizado de autonomía;
- Subsidio de educación de hijo discapacitado, subsidio de discapacitados adultos, prestación de compensación de la discapacidad o subsidio compensador;
- Renta de solidaridad activa (RSA);
- Personas reconocidas como refugiadas o beneficiarias de la protección subsidiaria, admitidas por este concepto, o registradas por la autoridad competente en calidad de solicitante de asilo y disponiendo de un derecho de permanecer en el territorio;
- Personas que residen en Francia en aplicación del procedimiento de reagrupación familiar;
- Un decreto deberá precisar las modalidades de evaluación del requisito de legalidad de la residencia en Francia.

Ciertas personas, aunque residan en Francia, no pueden beneficiarse de la toma a cargo de sus gastos sanitarios en concepto de una residencia legal y estable en Francia. Es el caso del personal diplomático y las personas que vienen a Francia para someterse a un tratamiento médico o una cura.

Por último, ciertas personas residentes en el extranjero que no ejercen actividad profesional, pueden ser beneficiarias, con ocasión de estancias temporales en Francia, de la toma a cargo de sus gastos en asistencia sanitaria. Se trata de personas:

- Beneficiarias de una pensión o renta de vejez o de una pensión de viudedad francesa, salvo si esta ha sido abonada bajo la modalidad de reembolso de cotizaciones;
- De una renta o subsidio de accidente de trabajo o enfermedad profesional reconocida y abonada por un régimen de previsión social francés;
- De una pensión de invalidez o de una pensión de jubilación que sustituye a una pensión de invalidez;
- De la ayuda a la reinserción familiar y social de antiguos inmigrantes.

Pago de una cotización

1. Principio

Cuando están afiliados a la PUMA en concepto de residencia estable y legal en Francia, los asegurados pueden verse obligados a abonar una cotización anual. Es el caso de los asegurados:

- Que tienen bajos ingresos por su actividad laboral, es decir ingresos inferiores a un umbral que se establecerá por decreto (que corresponderá probablemente al 10% de la base máxima de cotización anual a la seguridad social, es decir 3.816 euros en 2016) según la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (CNAM);
- Y que el importe de sus ingresos no profesionales (esencialmente rentas de capital) es superior a un tope que será determinado por decreto (que será de 9654 euros anuales según la CNAM).

El importe de la cotización se determina en porcentaje de la fracción de ingresos no profesionales que sobrepasa este tope máximo. El porcentaje se fijará por decreto. La cotización se abonará en el año siguiente al considerado para la evaluación de los ingresos.

2. Supuestos de exoneración

Están exentos del pago de la cotización anual:

- Los asegurados con rentas de actividad superiores al umbral que determina la obligación de abonar esta cotización (ver a continuación);
- Los asegurados cuyo cónyuge o pareja unida mediante un pacto civil de solidaridad (PACS) dispone de rentas de actividad superiores al umbral que determina la obligación de cotizar;
- Los asegurados que perciben una pensión de vejez, una renta o prestaciones por desempleo;
- Los alumnos y estudiantes de los establecimientos de enseñanza superior, de escuelas técnicas superiores, de grandes escuelas y de clases de segundo grado preparatorias a estas escuelas, que abonan la cotización estudiantil.

Por otra parte, se prevé un mecanismo para evitar los efectos de umbral. Así no hay obligación de cotizar cuando los ingresos por actividad están comprendidos entre el umbral y la mitad de este umbral. En este caso, la base de cotización es objeto de una reducción, en las condiciones que establecerá un decreto. Esta reducción crece proporcionalmente a los ingresos de actividad hasta llegar al 100% cuando alcanza el umbral.

La cobertura sanitaria universal complementaria

La cobertura sanitaria universal complementaria (CMU-C) abre derecho a una protección complementaria gratuita. Se concede por un año si se cumple el requisito de no superar un tope de ingresos.

Requisitos

1. Residencia legal y estable

Al igual que para la protección sanitaria universal, los solicitantes de la CMU-C deben justificar una residencia interrumpida desde más de tres meses en el territorio. No obstante, este periodo de tres meses no se aplica:

- A las personas afiliadas a un régimen obligatorio de seguridad social en concepto de actividad profesional siempre que prueben por cualquier medio que esta afiliación es superior a 3 meses;
- A las que están inscritas en unas prácticas de formación profesional por una duración superior a 3 meses;
- A los beneficiarios del subsidio de discapacitado adulto (AAH);
- A los beneficiarios de prestaciones del seguro de desempleo.

Las personas de nacionalidad extranjera deben justificar estar en situación conforme con la legislación sobre residencia de extranjeros en Francia en la fecha de afiliación. Para ello, deberán presentar un permiso de residencia o cualquier documento que certifique que han iniciado los trámites a este respecto (convocación a la prefectura, justificante de haber presentado la solicitud de permiso de residencia, etc.).

2. Ingresos

Tope máximo de ingresos: los solicitantes de la CMU-C deben justificar ingresos inferiores a un tope máximo, que desde el 1 de abril de 2016, para una persona sola es de 8.653,16 euros por año. Este tope se aumenta un 11,3% en los departamentos de ultramar y varía en función de las características de la unidad familiar. Aumenta:

- Un 50% si hay una segunda persona;
- Un 30% si hay una tercera o cuarta persona;
- Un 40% por cada persona suplementaria.

Este porcentaje se reduce a la mitad para los niños con residencia alterna en el domicilio de cada uno de los padres.

El hogar o unidad familiar se compone del solicitante y, si lo hubiera, su cónyuge obligado a tributar conjuntamente, o de su concubino o unido mediante un pacto civil de solidaridad, y de las personas a cargo de manera real y continua o a cargo de su cónyuge, concubino o unido mediante pacto civil de solidaridad. Las personas afectadas pueden ser:

- Los hijos y otras personas de menos de 25 años en la fecha de presentación de la solicitud, integrados en la unidad familiar a efectos fiscales;
- Los hijos de menos de 25 años en la fecha de presentación de la solicitud que viven en el mismo alojamiento que el solicitante y que han presentado una declaración de impuestos personal;
- Los hijos mayores de 25 años que reciben una pensión que da derecho a una deducción fiscal y cuyo abono no es el resultado de una decisión judicial.

3. La evaluación de los ingresos

Para determinar el derecho a la cobertura sanitaria universal complementaria, se computan todos los ingresos de la unidad familiar, después de descontar los abonos de pensiones y obligaciones alimentarias al otro cónyuge, salvo la renta de solidaridad activa, ciertas prestaciones con un objeto específico y todo o parte de las remuneraciones profesionales cuando estas hayan sido interrumpidas.

Se computan los ingresos percibidos en los 12 meses naturales que preceden la solicitud o renovación de la CMU-C, netos tras el descuento de las cotizaciones sociales obligatorias, de la contribución social generalizada (CSG), y de la contribución al reembolso de la deuda social (CRDS), incluida las prestaciones en especie y los ingresos derivados de los bienes mobiliarios o inmobiliarios.

El subsidio de discapacitado adulto (AAH) se computa como ingreso pero teniendo en cuenta:

- De su importe reducido cuando el beneficiario está en un establecimiento sanitario o en un establecimiento hogar y, debido a ello, percibe un subsidio reducido;
- Del importe efectivamente percibido cuando el subsidio es un complemento de ingresos personales o una pensión de invalidez o vejez.

Las prestaciones en especie consistentes en una vivienda ocupada por su propietario que no sea beneficiario de la ayuda personal al alojamiento (APL), o vivienda ocupada de forma gratuita por los miembros de la familia del solicitante se evalúan mensualmente:

- 12% de la RSA para una persona sola cuando el hogar se compone de una persona sola;
- 14% de la RSA para 2 personas cuando el hogar lo componen 2 personas;
- 14% de la RSA para 3 personas cuando el hogar lo componen 3 personas o más.

En cuanto a las diferentes ayudas personales para vivienda (subsidio para el alojamiento familiar, subsidio para el alojamiento social, ayuda personalizada al alojamiento) percibidas por el solicitante, se tienen en cuenta en las mismas condiciones, en función del número de miembros de la familia, con un forfait de 12%, 16%, o 16,5% de la RSA.

FORFAIT DE EVALUACIÓN POR VIVIENDA

| PROPIETARIO – OCUPANTE A TÍTULO GRATUITO | | |
|---|-----------------------|------------------------|
| Miembros de la familia | En % de la RSA | Importe mensual |
| 1 persona | 12% | 62,96 euros |
| 2 personas | 14% | 110,18 euros |
| 3 personas o mas | 14% | 132,22 euros |
| BENEFICIARIOS DE UNA AYUDA A LA VIVIENDA | | |
| 1 persona | 12% | 62,96 euros |
| 2 personas | 16% | 125,92 euros |
| 3 personas o más | 16,5% | 155,83 euros |

Los otros beneficios en especie o liberalidades solo se toman en cuenta si sobrepasan el 7% del tope de ingresos para la CMU-C aplicable a una persona sola, que desde el 1 de abril de 2016 es de 605,71 euros por año o 50,47 euros por mes.

Ingresos provenientes de bienes mobiliarios, inmobiliarios o de capitales. Las rentas derivadas de bienes no productivos se consideran que generan unos ingresos de:

- 50% del valor de alquiler si se trata de inmuebles construidos;
- 80% si se trata de terrenos;
- 3% del importe de los capitales.

Ingresos a los que se les aplica una reducción. A los ingresos por actividad percibidos durante el periodo de referencia se les aplica una reducción del 30% si el interesado:

- Víctima de una larga enfermedad, justifica una interrupción del trabajo superior a 6 meses;
- Se encuentra en paro total y percibe una prestación de desempleo o si se encuentra en paro parcial y percibe el subsidio de paro parcial del Estado. La remuneración percibida por los que realizan prácticas de formación profesional se asimila, durante el periodo de formación profesional, a efectos de la reducción del 30%, a la prestación por desempleo que ha sido interrumpida por la entrada en formación;
- Percibe el subsidio temporal de espera (ATA) o de solidaridad específico;

- No tiene empleo y percibe una remuneración por la realización de prácticas de formación profesional legal, reglamentaria o de convenio.

Ingresos que no se computan. Las cargas y pagos efectuados derivados de las obligaciones y pensiones alimentarias se deducen de los ingresos.

No se tienen en cuenta las remuneraciones de prácticas de formación profesional, reconocidas por la ley, reglamentos o convenios colectivos, durante el año de referencia, cuando el interesado justifica que la percepción de estas remuneraciones se ha interrumpido y que no tiene derecho a un salario de sustitución.

Ciertas prestaciones con un objeto definido no se tienen en cuenta. Estas son:

- Subsidio de educación a niño discapacitado y sus complementos;
- Subsidio de comienzo de curso escolar;
- Prima por mudanza concedida por la caja de subsidios familiares;
- Incremento de la prestación de compensación de la discapacidad por asistencia de una tercera persona, del subsidio compensador, del subsidio personalizado de autonomía;
- Prestaciones en especie del seguro de enfermedad, maternidad, invalidez o del seguro de accidentes de trabajo;
- Subsidio de reposo maternal;
- Prima de reeducación y préstamo de honor;
- Prestaciones de acogida del niño, salvo la prestación compartida de educación del niño;
- Ayudas y socorros abonados por un organismo con vocación social cuyo importe o periodicidad no tienen carácter regular así como las ayudas y socorros destinados a gastos corrientes de inserción del beneficiario y su familia, principalmente en los ámbitos de la vivienda, transportes, educación y formación;
- Bolsas de estudios salvo las bolsas de la enseñanza superior;
- Gastos funerarios pagados por el seguro de enfermedad;
- Cantidad recibida del seguro social por fallecimiento;
- Subsidio del fondo de solidaridad para los antiguos combatientes de África del Noreste;
- Indemnizaciones y prestaciones abonadas a los voluntarios en servicio cívico.

Tampoco se tiene en cuenta como ingresos la renta de solidaridad activa (RSA).

Evaluación del nivel de vida. Si en el transcurso de la instrucción de la solicitud de CMU-C o en un control, se constata una desproporción significativa entre el nivel de vida del solicitante o beneficiario y los ingresos que declara, se puede estimar un forfait de su nivel de vida que se tendrá en cuenta para la determinación de su derecho a prestación.

Prestaciones cubiertas por la CMU-C

La prestación CMU-C coge a cargo:

- El “ticket moderador”, es decir la parte de honorarios, prestaciones sanitarias, medicamentos, gastos de hospitalización que no coge a cargo el seguro de enfermedad;
- El forfait diario sin límite de duración (forfait a cargo del paciente por cada día de hospitalización);
- Forfait de 1 euro por prestaciones o consultas médicas;
- Franquicias médicas sobre los medicamentos, actos médicos y transportes sanitarios.

Por otra parte, cuando un beneficiario de la CMU-C consulte un profesional que tiene una tarifa de honorarios superior a las tarifas homologadas por la seguridad social (los denominados honorarios libres) la CMUC cubre este sobrecosto, salvo si la consulta responde a una exigencia particular del interesado (cita fuera de los horarios habituales de la consulta, visita a domicilio no justificada, por ejemplo).

La CMU-C toma también a cargo tarifas más altas que las cubiertas por el seguro de enfermedad, dentro de los límites tarifarios publicados por orden ministerial:

- Las prótesis dentales y la ortopedia dento-facial;
- Las gafas una vez por año;
- Las prótesis auditivas una vez cada dos años;
- Dispositivos médicos de uso individual (bastones, sillas de ruedas, etc.).

Por último, el beneficiario no tiene que adelantar el pago por asistencia sanitaria si está inscrito en un “itinerario de asistencia coordinada” (es decir, si ha elegido un médico de cabecera y respeta las reglas de las consultas médicas).

CMU-C, AME ET ACS- BAREMO DE INGRESOS A 1 DE ABRIL DE 2.016

| Número de miembros de la familia | CMU-C / AME | | ACS | |
|----------------------------------|-------------|---------|----------|---------|
| | ANUAL | MENSUAL | ANUAL | MENSUAL |
| 1 persona | 8.653 | 721 | 11.682 | 973 |
| 1 persona | 12.980 | 1.082 | 17.523 | 1.460 |
| 1 persona | 15.576 | 1.298 | 21.027 | 1.752 |
| 1 persona | 18.172 | 1.514 | 24.532 | 2.044 |
| Por persona suplementaria | 3.461,26 | 288,43 | 4.672,70 | 389,39 |

La ayuda médica del estado

La ayuda médica del Estado (AME) cubre el derecho a asistencia sanitaria de las personas en situación ilegal en Francia. Se concede cuando se cumplen los requisitos de residencia e ingresos.

Requisitos para su concesión

Para ser beneficiario de la AME se requiere una residencia estable en Francia de más de 3 meses. Además el solicitante debe justificar que percibe unos ingresos inferiores a un tope máximo, el mismo que el de la CMU-C, que varía en función del número de miembros del hogar.

Los ingresos computables para la concesión de la AME son idénticos a los que se computan para la CMU-C, incluidos los relativos a la vivienda (ver el cuadro de forfait de evaluación de la vivienda).

NOTA. En caso de que no se conceda la AME, el interesado puede beneficiarse de asistencia sanitaria en hospital en caso de urgencia, tomado a cargo de la seguridad social.

Prestaciones tomadas a cargo

Durante un año, el solicitante se beneficia de una toma a cargo del 100% de los gastos médicos y de hospitalización (dentro del límite de las tarifas establecidas por la seguridad social) y se le dispensa de anticipar el pago de los gastos. Está pues exonerado de forfait diario que se paga durante la hospitalización, del forfait y de la franquicia médica sobre los medicamentos, la asistencia paramédica y los transportes sanitarios.

Concretamente, indica el FONDO CMU en su sitio Internet, la AME toma a cargo:

- Los gastos de medicina general y especialistas;
- Los gastos de asistencia y prótesis dentales;
- Los gastos farmacéuticos y de aparatos (los medicamentos se toman a cargo a condición de aceptar los medicamentos genéricos, salvo si el médico ha precisado en su receta que “no se pueden sustituir”);
- Los gastos de análisis y exámenes de laboratorio;
- Los gastos de hospitalización y tratamiento en establecimientos sanitarios, de readaptación funcional y de reeducación o educación profesional;
- Los gastos de intervención quirúrgica necesarios, incluidos los medicamentos, productos y objetos contraceptivos y gastos de análisis y exámenes de laboratorio prescritos para fines contraceptivos;
- Gastos de asistencia aferentes a la interrupción voluntaria del embarazo;
- Gastos de transporte del asegurado o de beneficiarios a su cargo que se encuentren en la obligación de desplazarse para recibir asistencia o para realizar exámenes apropiados a su estado de salud;
- Gastos de asistencia aferentes al examen médico prenupcial;
- Gastos en vacunas obligatorias;

- Gastos en exámenes preventivos organizados para diagnosticar las enfermedades mortales evitables y las consultas de prevención;
- Gastos médicos, farmacéuticos y de hospitalización relativos al embarazo, parto y su seguimiento, así como los exámenes prenatales y postnatales obligatorios, gastos ligados al examen médico del padre y a los exámenes obligatorios de los niños de menores de 6 años.

Se excluyen no obstante de la cobertura de la AME, los gastos de curas termales así como los actos técnicos, exámenes, medicamentos y productos necesarios a la realización de una ayuda médica a la procreación. Para los menores, los gastos médicos están cubiertos al 100% en todos los casos.

La ayuda para la cobertura sanitaria (ACS)

Las personas cuyos ingresos superen muy moderadamente el tope máximo exigido para tener derecho a la cobertura sanitaria universal complementaria, pueden beneficiarse de una ayuda de la seguridad social para suscribir a un costo reducido un contrato de cobertura sanitaria complementaria. Esta ayuda, denominada ACS (ayuda para cobertura sanitaria), abre derecho a la dispensa de anticipar el gasto en las consultas médicas, a dispensa del forfait de 1 euros y de las franquicias médicas. La finalidad de esta ayuda es luchar contra el efecto umbral motivado por los topes de ingresos.

Requisitos para su concesión

Para beneficiarse de la ayuda a la adquisición de una cobertura complementaria sanitaria, es necesario residir en Francia de forma estable y duradera y tener unos ingresos que no superen el 35% del umbral para tener derecho a la CMU-C.

Los ingresos que se computan son los mismos que los requeridos para la CMU-C. El forfait vivienda previsto en el marco de la CMU-C se aplica igualmente a los solicitantes de la ACS.

Importe de la ayuda

El importe anual de la ayuda depende de la edad del asegurado en el día uno de enero. Es igual a:

- 100 euros para los menores de 16 años;
- 200 euros para los de 16 a 49 años;
- 350 euros para los de 50 a 59 años;
- 550 euros para los que tienen más de 60 años.

En todo caso la ayuda no puede superar el importe de la prima o cotización definida en el contrato de cobertura sanitaria.