

Les formalités administratives



Fiche

4

1 La déclaration de grossesse

Elle doit être effectuée à l'aide du formulaire médical spécifique établi par un médecin ou une sage-femme, dans les quatorze premières semaines de la grossesse. Les feuillets sont à adresser à l'organisme d'assurance maladie et à la caisse d'allocations familiales. Elle permet d'avoir accès aux prestations de l'assurance maternité et maladie et à certaines prestations familiales. Depuis le 1^{er} septembre 2015, il est possible pour un professionnel de santé de déclarer la grossesse d'une patiente en ligne auprès de différents organismes de la Sécurité sociale.

En quelques clics, lors d'un rendez-vous médical, les médecins et sages-femmes libéraux* peuvent se connecter au service proposé par l'Assurance maladie. Dans leur espace pro, ils accomplissent pour vous les démarches, à l'aide de leur carte professionnelle et de votre carte vitale. Rapide, sécurisée, cette procédure permet de déclarer votre grossesse auprès des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales.

** Les praticiens hospitaliers et les centres de santé ne peuvent pas encore bénéficier du dispositif.*

2 Les examens médicaux obligatoires

Voir page 2 et fiche 3.

3 L'assurance maternité : les prestations en nature

Pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine douze jours après celui-ci, l'assurance maternité couvre l'ensemble des coûts médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Vous bénéficiez d'une dispense totale d'avance de ces frais*. Pensez à mettre à jour votre carte vitale.

En dehors de cette période, les examens suivants sont pris en charge en totalité par l'assurance maternité :

- caryotype fœtal et amniocentèse, notamment si l'âge de la femme est égal ou supérieur à 38 ans à la date du prélèvement ;
- test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- dosage de la glycémie ;
- séances de préparation à l'accouchement ;
- interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

Les consultations et les examens complémentaires prévus par le Code de santé publique sont également pris en charge par l'assurance maternité.

Qui en bénéficie ?

Toute femme :

- en tant qu'assurée si elle travaille ;
- ou « ayant droit » d'un assuré ;
- ou bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle) ;
- ou de l'AME (aide médicale de l'État) ;
- ou dans toute autre situation (se renseigner auprès des services sociaux de sa caisse d'assurance maladie, de sa mairie, ou de son centre de PMI).

** À compter du 31 décembre 2016.*

Les formalités administratives

Fiche

4

Sont pris en charge pour le nouveau-né :

- les frais d'hospitalisation ;
- les soins délivrés en établissement de santé dans les trente jours qui suivent la naissance.

Sont pris en charge pour le futur père :

- un examen général éventuellement accompagné d'examens de laboratoire complémentaires ;
- le dépistage de l'immunodéficience humaine (VIH).

4 L'assurance maternité : les prestations en espèces

Ce sont les indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenus résultant de la cessation d'activité du fait de la grossesse et de l'accouchement.

Les indemnités journalières pour les salariés

Pour avoir droit à des indemnités pendant le congé maternité, il faut :

1. Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois précédant la date de début de grossesse ou de début du repos prénatal, ou avoir cotisé sur un salaire équivalant au moins à 1 015 fois le Smic horaire au cours des six derniers mois précédant la date de début de grossesse ou de début du congé prénatal.
2. Justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement, c'est-à-dire disposer d'un numéro d'assuré social et justifier d'une durée d'affiliation au régime dont on relève (les périodes d'affiliation dans un autre régime peuvent être prises en compte sous certaines conditions).

Pour bénéficier du versement des indemnités journalières, il faut cesser tout travail salarié pendant au moins huit semaines, dont six semaines après l'accouchement.

Prestations en espèces pour les non-salariées

Les femmes chefs d'entreprise (artisan, commerçant, industriel) ou exerçant une profession libérale, qui sont à jour de leurs cotisations, bénéficient en cas de grossesse d'une allocation de repos maternel versée pour moitié à la fin du septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement. Cette allocation est destinée à compenser partiellement la diminution des revenus d'activité. Elles peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires si elles cessent toute activité.

Conjointes collaboratrices

Elles peuvent bénéficier d'une allocation forfaitaire de repos maternel et, en cas d'interruption de la collaboration ayant donné lieu à remplacement, d'une indemnité destinée à compenser les frais d'embauche du personnel salarié qui les a remplacées.

Pour toute information, n'hésitez pas à vous adresser à l'organisme conventionné d'assurance maladie dont vous dépendez ou à votre mutuelle.