

SIGURIMI SOLIDAR

Parimi i sigurimit solidar

Sigurimi solidar (ose sigurimi i ndërmarrjes) u lejon punonjësve të përfitojnë nga avantazhe të caktuara që të plotësuar ato të Sigurimit Shoqëror për të mbuluar shpenzimet mjekësore dhe, nëse e nevojshme, rreziqet e vdekjes, paaftësisë, invaliditetit.

Nënshkrimi i një sigurimi solidar

Është e mundur përfitimi në ndërmarrje të një mbrojtjeje shoqërore plotësuese. Ky sigurim plotësues ka për qëllim parandalimin dhe mbulimin e disa rreziqeve ; kryesisht arritjen në integrimin fizik, shtatzëninë, paaftësinë për të punuar, invaliditetin dhe varësinë.

Duke filuar nga data 1 Janar 2016, gjatë mbërritjes së tij/saj në një ndërmarrje të sektorit privat, punonjësi duhet të bëhet pjesë e një mbulesë plotësuese detyruese në lidhje me rimbursimin e tarifave të shëndetit. Kjo mbulesë siguron në nivel minimal rimbursimin e shpenzimeve të paguara nga punonjësi në rast sëmundjeje, shtatzënie ose aksidenti.

➤ **Kjo mbulesë minimale përfshin :**

- Marrjen përsipër totale të **biletës moderatore** mbi konsultimet, aktet dhe prestations e rimbursueshme nga Sigurimi Shoqëror. Bileta moderatore është pjesa që mbetet nën përgjegjësië e të siguruarit mbi të gjitha shpenzimet që janë objekt i një rimbursimi nga sigurimi shoqëror.
- Marjen përsipër të shpenzimeve integrale të **çmimit të përditshëm spitalor** dhe pa limit kohor.
- Marjen përsipër të shpenzimeve të **kujdesit dentar dhe të ortopedisë dentofaciale** deri në 125% të tarifave bazë në rimbursimin e sigurimit të sëmundjeve.
- Marrjen përsipër të **shpenzimeve optike** mbi bazen e një rimbursimi tarifor

Këo garanci minimale quhen « llogaria e kujdesit minimal ».

➤ **Financimi**

Punëdhënësi siguron minimumi 50% të financimit të mbulesës së shpenzimeve të detyrueshme të shëndetit , të zbatuar në ndërmarrje. Pjesa e mbetur e financimit është për tu marrë përsipër nga punonjësi në formën e një abonimi mujor.

Përfundimi nga regjistrimi në regjimin plotësues të shpenzimeve të shëndetit

Në raste të caktuara, punonjësi ka mundësinë e zgjedhjes që të mos jetë nën mbotjen shoqërore plotësuese kolektive dhe të detyrueshme, të caktuar nga punëdhënësi.

Ekzistojnë përjashtime nga të drejtat, me anë të një kërkesë të thjeshtë nga punonjësi, për fillestarët, punonjësit në CDD(kontratë me kohëzgjatje të përcaktuar), të përkohshmit që mbajnë titullin e një

kontrate pune ose të një misioni më deri në 12 muaj ; punonjësit me kohë të pjesshme dhe fillestarët, anëtarësimi i të cilëve në regjim, do të nënkuptonte pagesën e një abonim të paktën të barabartë me 10% të pagës së tyre bruto, si dhe për punonjësit të punësuar përpara vendosjes së këtij regjimi sigurimi sipas vendimit unilateral të punëdhënësit.

Punonjës të tjerë mund të përfitojnë nga një përjashtim me kushtin që të justifikojnë një mbulesë individuale. Bëhet fjalë për fillestarët, punonjësit CDD, të përkohshmit titullarë të një kontrate pune ose të një misioni me kohëzgjatje me te madhe ose të barabartë me 12 muaj ; punonjës që përfitojnë nga CMU ose nga ndihma ACS, punonjës që janë të mbuluar nga një sigurim individual shëndeti në momentin e zbatimit të garancive ose, nëse ky sigurim vjen pas punësimit të tyre, gjithashtu punonjësit CDD ose me kontratë misioni që ka një mbulesë për më pak se 3 muaj, nga e cila ata përfitojnë në shpenzime sigurimi .

Pajisje për të përfituar nga rimbursimi i shpenzimeve të sigurimit solidar

Rimbursimi i shpenzimeve të kujdesit ndaj shëndetit mund të zbatohet nga Kasa Primare e Sigurimit të Sëmundjeve (Caisse primaire d'Assurance Maladie) vetëm pas dërgimit të një flete kujdesi në formë letre tek CPAM.

Në cdo rast, Karta Vitale thjeshton hapat administrativë të të siguruarve në kadrin e rimbursimit të shpenzimeve të kujdesit ndaj shëndetit. Kështu, dërgimi i një flete kujdesi në formë letre nuk është më, në parim , i domosdoshëm.

Fleta e kujdesit elektronike dërgohet direkt në kasën e sigurimit të sëmundjeve nga specialistët e shëndetit nëpërmjet SESAM-Vitale. Rimbursimet zbatohen më shpejt sesa në rastin e dërgimit të një flete kujdesi në formë letre.

Transportueshmëria e mbulesës plotësuese të shëndetit dhe sigurimit

Punonjësi , në rast të prishjes së kontratës së punës mund të vazhdojë të përfitojë nga sigurimi solidar i ndërmarrjes së tij nën plotësimin e disa kushteve. Për këtë, prishja e kontratës së tij të punës:

- Nuk duhet të ketë ndodhur për një gabim të rëndë;
- Duhet t'i hapë rrugë marrjes persipër nga Sigurimi për të Papunët;
- Punonjësi duhet të anëtarësohet në sigurimin e ndërmarrjes.

Garancitë e sigurimit mbahen, duke nisur nga data e ndalimit të kontratës së punës, për një kohëzgjatje të barabartë me periudhën e kompensimit të papunësisë, në limitin e kohëzgjatjes së kontratës së fundit të punës ose, përndryshe të kontratave të fundit të punës nëse ato janë të njëpasnjëshme tek i njëjti punëdhënës.

Sigurimi Mjekësor Universal Plotësues- CMU-C

CMU-ja është një mbulesë plotësuese falas për sëmundjet e përcaktuar që të thjeshtojë aksesin në kujdesin e personave. Shpenzimet e shëndetit merren përsipër deri në 100% të tarifës së sigurimit shoqëror.

Për të përfituar nga CMU-ja, duhet të jeni resident në Francë në mënyrë të rregullt dhe të qëndrueshme për më shumë se tre muaj dhe duhet të keni burime financiare më të ulëta sesa një kufi. Burimet financiare që merren parasysh janë ato të 12 muajve të fundit. Kufiri i burimeve financiare varion sipas vendit të banimit dhe kompozicionit të banesës.

Shembull për një person vetëm: Kufiri vjetor I referencës është 8723 euro, ose një mesatare mujore prej 726,92 euro.

Mund të shkarkoni direkt një formular në sitin <https://www.cmu.fr>. Ky formular mund gjithashtu të kërkohe pranë kasës së sigurimit të sëmundjeve.

Ndihma në pagesën e një Plotesuese Shendeti- ACS

Personat që kanë burimet financiare lehtësisht me të larta sesa kufiri i CMU-C mund të përfitojnë nga Ndihma në pagesën e një Plotesuese Shendeti(ACS). Kjo e fundit , u jep të drejtën për një vit, të një ndihme financiare për të paguar kontratën e plotësueses së shëndetit.

Kjo ndihmë lejon:

- Të reduktojë, dhe në raste të caktuara të marrë përsipër plotësisht, shumën e tarifës së abonimit vjetor tek një plotësuese shëndeti;
- Të përfitojë nga një dispense totale në avancë të pagesave gjatë një vizite te mjeku;
- Të përfitojë nga tarifat mjekësore për tejkalim honorar;
- Të jetë I përjashtuar nga të drejtat mjekësore dhe të pjesëmrrjes me pagesë prej 1 euro;
- Të përfitojë nga uljet në faturat e gazit dhe elektricitetit.

Për të përfituar nga ACS, duhet te jeni resident në Francë në mënyrë të rregullt dhe të qëndrueshme për më shumë se tre muaj dhe duhet të keni burime financiare lehtësisht më të larta sesa kufiri i CMU-C.

Kufiri i burimeve financiare caktohet në lidhje me kufirin e atribuimit të CMU-C. Kështu, burimet financiare të një shtëpie duhet të jenë të përfshira midis kufirit të CMU-C dhe të njëjtit kufi të maxhoruar prej 35%. Burimet që meren parasysh janë ato të 12 muajve të fundit, kufiri varion sipas vendit të banimit dhe kompozicionit të banesës.

Shembull për një person vetëm: Kufiri vjetor është 11776 euro, ose një mesatare mujore prej 981,33 euro.

Mund të shkarkoni direkt një formular kërkesë ACS në sitin <https://www.cmu.fr>. Ky formular është gjithashtu disponibël pranë kasës së sigurimit të sëmundjeve.

