
L'assurance maladie

1

La branche maladie du régime général de la Sécurité sociale couvre plusieurs risques : la maladie proprement dite et la maternité, l'invalidité, les risques professionnels (accidents du travail, maladies professionnelles), le décès et le veuvage. Dans le cadre de ce guide, on se limitera à la description du régime général.

Le bénéfice de l'assurance maladie est ouvert aux personnes qui remplissent les conditions pour être assuré social ainsi qu'à leurs ayants droit. A la qualité d'assuré social toute personne couverte par le service des prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie.

A Le travailleur salarié ou assimilé

Les étrangers qui exercent en France une activité salariée ou assimilée sont assurés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale dans les mêmes conditions que les salariés français s'ils remplissent les conditions posées par

Le code de la Sécurité sociale. L'assuré social en titre doit être immatriculé et affilié.

1. Les conditions pour être assuré social

Le travailleur salarié assuré social bénéficie à la fois des prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie.

• Pour bénéficier des *prestations en nature*, l'assuré doit (CSS, art. R. 313-2) :

- avoir travaillé au moins 60 heures au cours d'un mois civil ou 120 heures sur une période de trois mois ;
- ou justifier de cotisations maladie au moins égales à celles correspondant à 60 fois le SMIC horaire au cours d'un mois civil ou 120 fois le SMIC horaire sur trois mois.

L'assuré doit avoir versé les cotisations en conséquence. Ces conditions s'apprécient à la date des soins. La preuve du travail salarié s'effectue par la production des bulletins de salaire ou des décomptes de l'ASSEDIC.

• Pour bénéficier des *prestations en espèces*, l'assuré doit justifier (CSS, art. R. 313-3) :

- pendant les six premiers mois d'arrêt de travail, d'au moins 200 heures de travail au cours des trois mois civils précédant l'arrêt ou de cotisations maladie au moins égales à celles correspondant à 1 015 fois le SMIC horaire sur les 6 mois précédents ;
- au-delà du sixième mois d'arrêt de travail ininterrompu :
 - d'au moins 800 heures de travail au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, dont au moins 200 au cours des 3 premiers mois,
 - ou de cotisations maladie au moins égales à celles cor-

respondant à 2 030 fois le SMIC horaire sur 12 mois dont 1 015 sur les 6 premiers mois.

Il doit également justifier qu'il était immatriculé depuis au moins 12 mois.

Ces conditions sont appréciées au jour de l'interruption de travail.

2. L'immatriculation

L'immatriculation est l'opération administrative qui précède l'affiliation et par laquelle le travailleur est inscrit sur la liste des assurés de la caisse d'assurance maladie dont il relève, c'est-à-dire celle de sa résidence. L'immatriculation ne concerne que les assurés qui n'ont jamais été immatriculés. Il s'agit d'une opération définitive, qui n'intervient qu'une seule fois : le travailleur immatriculé garde le même numéro d'identification toute sa vie.

a) Qui doit demander l'immatriculation ?

En principe, c'est l'employeur qui doit demander l'immatriculation de toute personne travaillant pour lui (CSS, art. L. 312-1).

Toutefois, dans un certain nombre de cas, c'est le travailleur lui-même qui doit faire la déclaration d'immatriculation (CSS, art. L. 312-4, R. 312-7 et R. 312-8) :

- lorsqu'il travaille pour plusieurs employeurs ;
- lorsqu'il travaille pour une entreprise qui ne comporte pas d'établissement en France ;
- lorsque l'employeur, à qui incombe l'obligation de procéder à l'immatriculation, manque à cette obligation.

b) Formalités

L'employeur ou le salarié qui travaille pour plusieurs employeurs doit, *dans les huit jours qui suivent l'embauche*, faire une déclaration d'immatriculation à la CPAM dont relève le salarié (CSS, art. R. 312-8, alinéa 2). Toutefois, lorsque la déclaration d'immatriculation est faite par le salarié à la place de l'employeur qui manque à cette obligation, aucune sanction n'est prévue si le délai de huit jours est dépassé.

Pour les travailleurs étrangers, la déclaration est accompagnée d'une pièce d'état civil ou de tout autre document officiel comportant la filiation de l'intéressé, ainsi que du document attestant que l'étranger est autorisé à exercer en France une activité professionnelle (carte de séjour temporaire portant la mention « salarié », carte de résident...).

C'est la CPAM qui décide, après instruction, de procéder ou non à l'immatriculation. Le refus d'immatriculer de la CPAM peut être contesté devant la commission de recours amiable.

Certains caisses refusent abusivement l'immatriculation pour défaut de preuve d'identité. C'est le cas, par exemple, pour les demandeurs d'asile. Or, à défaut de la photocopie de l'acte de naissance, le reçu de demande de reconnaissance du statut de réfugié délivré par l'OPFRA et portant indication du pays de naissance est suffisant pour être immatriculé.

Lorsque l'immatriculation est prononcée, la caisse remet au salarié une carte d'immatriculation comportant un numéro d'identification composé de treize chiffres.

L'immatriculation prend effet le jour où les conditions d'assujettissement sont remplies, quelle que soit la date à laquelle la déclaration est parvenue à la caisse. Il s'agit donc de la date d'embauche.

L'immatriculation ne suffit pas pour ouvrir des droits à la Sécurité sociale : l'assuré social doit encore être affilié.

3. L'Affiliation

L'affiliation est le rattachement d'un assuré à une caisse de Sécurité sociale qui lui versera les prestations de Sécurité sociale. L'affiliation est obligatoire pour le salarié.

Le salarié assuré social est affilié à la CPAM dans la circonscription de laquelle se trouve sa résidence (CSS, art. R. 312-1). Ses ayants droit sont également affiliés à cette même CPAM.

L'affiliation n'a pas d'effet rétroactif : elle prend effet au jour de la décision d'affiliation, c'est-à-dire à la date de la notification de la CPAM compétente. Lorsque l'assuré social change de circonscription, il change de caisse d'affiliation ; il doit contacter sa nouvelle caisse qui lui délivre une nouvelle carte d'assuré social.

a) La condition de séjour régulier

Depuis la loi du 24 août 1993, les étrangers ne peuvent être affiliés à la Sécurité sociale que s'ils sont en situation régulière et, plus précisément, s'ils sont titulaires d'un titre de séjour ou d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour (CSS, art. L. 115-6).

En cas d'affiliation d'une personne de nationalité étrangère en situation irrégulière, les cotisations versées restent dues sans ouvrir de droits.

1) Les titres ou documents exigés

La liste des titres ou documents attestant de la régularité du séjour a été fixée par le décret du 21 septembre 1994. Elle est la suivante (CSS, art. D. 115-1) :

— carte de résident ;

- carte de résident privilégié ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention « reconnu réfugié » ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois renouvelable ;
- récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention « a demandé le statut de réfugié » d'une validité de trois mois renouvelable ;
- autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de court séjour ou pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français pour une durée inférieure à trois mois ;
- autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour ;
- livret spécial ou livret de circulation ;
- contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « il autorise son titulaire à travailler » ;
- carte de frontalier.

2) Le contrôle des organismes de Sécurité sociale

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de Sécurité sociale assurant l'affiliation, le versement des prestations ou le recouvrement des cotisations sont tenus de vérifier, lors de l'affiliation et périodiquement, que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité du séjour en France.

- La périodicité de ce contrôle, non fixée par la loi, est précisée par la circulaire du 17 février 1995. Les contrôles doivent intervenir :
 - lors de l'immatriculation et de chaque changement de caisse de rattachement ;
 - lors de la liquidation d'un avantage d'invalidité, de vieillesse ou de veuvage ;
 - à l'échéance du titre ou document fourni lors de la précédente vérification, « en respectant un délai préalable suffisant pour tenir compte des délais de renouvellement des titres » ;
 - à l'occasion de la délivrance d'un formulaire à un étranger qui effectue un voyage hors de France.
- Il est également prévu que la vérification peut être faite lors de la déclaration préalable d'embauche effectuée par l'employeur. Les URSSAF communiquent aux CPAM « toutes informations » relatives à des travailleurs étrangers en situation irrégulière dont elles pourraient avoir connaissance dans le cadre de leur mission de lutte contre le travail illégal.
- Lorsqu'un étranger ne peut produire l'un des documents requis, l'organisme de Sécurité sociale doit s'assurer, préalablement à la radiation et à la suspension des prestations, que cette situation ne découle pas d'un retard imputable aux services responsables de la délivrance du titre de séjour. A cette fin, des contacts devront être pris avec l'intéressé et,

en tant que de besoin, avec la préfecture concernée, ou les services de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP).

Les organismes de Sécurité sociale peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'État pour obtenir des informations administratives nécessaires à la vérification de cette situation. Les fichiers visés correspondent aux données contenues dans « l'application informatisée de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France » (AGDREF).

Un avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est nécessaire pour la transmission des données. Fin avril 1997, cet avis n'avait toujours pas été rendu.

Rappelons que l'obligation de secret professionnel s'impose (voir encadré p. 142).

b) Conséquences du séjour irrégulier. Le maintien des droits

L'étranger en situation irrégulière ne peut être affilié à un régime de Sécurité sociale. S'il est affilié, il doit être radié de la liste des assurés sociaux. La radiation n'est pas rétroactive : elle ne prend effet qu'à compter du moment où la situation irrégulière est constatée par la CPAM.

Toutefois, en vertu de l'article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale, le droit aux prestations sociales est prolongé pendant un an après la cessation de la situation qui les a fait naître. La loi du 24 août 1993 n'excluant pas les étrangers en situation irrégulière du bénéfice de cette disposition, l'étranger qui perd son droit au séjour peut bénéficier du maintien de ses droits aux prestations pendant un an. C'est ce qu'a précisé le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 août 1993 : « Le législateur n'a pas entendu exclure les personnes concernées ni leurs ayants droit du bénéfice

de l'application du délai de prolongation automatique des droits à prestations prévu par l'article L. 161-8. »

Ainsi lorsque les étrangers et leurs ayants droit cessent de remplir les conditions pour relever soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, ils bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant douze mois.

Le décret du 21 septembre 1994 qui a fixé la liste des titres attestant la régularité du séjour étant muet sur la question du maintien des droits, deux circulaires DSS/AAF/AI n° 95-11 du 17 février 1995 et CNAM du 19 octobre 1995 ont exclu le maintien des droits pendant un an aux étrangers en situation irrégulière. Mais dans un arrêt du 9 décembre 1996 (*Gisti*, n° 163044) le Conseil d'État a précisé que le décret du 21 septembre 1994 n'était pas tenu de rappeler les dispositions de l'article L. 161-8 et qu'il « ne fait pas obstacle au droit à la prolongation des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès ». Le Conseil d'État a rappelé ce point dans un arrêt du 23 avril 1997 (*Gisti*, n° 163 043).

Si la prolongation des droits est refusée, il faut donc tenter un recours en invoquant la décision du Conseil constitutionnel du 13 août 1993 et ces arrêts du Conseil d'État, qui doivent évidemment prévaloir sur les circulaires.

B Les autres catégories d'assurés

Certaines personnes, bien qu'elles ne travaillent pas et ne versent pas de cotisations, peuvent néanmoins prétendre à une prise en charge par le régime général de Sécurité

sociale dès lors qu'elles relèvent de l'une des catégories suivantes :

- les titulaires de rentes et allocations,
- les personnes accomplissant le service national,
- les détenus,
- les demandeurs d'asile,
- les étudiants,
- les travailleurs saisonniers,
- les personnes couvertes par l'assurance personnelle.

1. Les titulaires de rentes et allocations

Les étrangers sont, ici, dans la même situation que les Français. En effet, dès lors qu'une personne, quelle que soit sa nationalité, est titulaire d'une rente ou de certaines allocations, elle a automatiquement droit au remboursement de soins, pour elle-même et ses ayants droit. C'est le cas notamment :

- des pensionnés de vieillesse (CSS, art. L. 311-9 et L. 311-10) (voir *infra*, troisième partie) ;
- des titulaires d'une pension d'invalidité (CSS, art. L. 313-4) et des invalides de guerre ;
- des chômeurs (CSS, art. L. 311-5) ;
- des bénéficiaires d'une allocation aux vieux travailleurs salariés ;
- des bénéficiaires de l'allocation aux mères de famille (CSS, art. L. 381-26) ;
- des bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (CSS, art. L. 381-2) ;
- des bénéficiaires d'une allocation d'adulte handicapé (CSS, art. L. 381-27) (voir *infra*, quatrième partie) ;
- des bénéficiaires d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité

reconnu est au moins égal à deux tiers (CSS, art. L. 371.2) (voir *infra*, p. 137) ;

- des bénéficiaires d'une rente pour conjoint survivant d'une victime d'accident du travail ou maladie professionnelle.

La condition de régularité du séjour conditionnant l'obtention de ces différentes allocations ou rentes est par hypothèse remplie par les étrangers concernés.

2. Les personnes accomplissant le service national

Les personnes effectuant le service national et leurs ayants droit, les personnes libérées du service national et leurs ayants droit pendant un an à compter de la libération en vertu du maintien des droits prévu à l'article L. 161-8 (voir *supra*, p. 96), peuvent prétendre au remboursement de soins auprès du régime général (CSS, art. L. 372-1). La caisse nationale d'assurance maladie tend à exclure les étrangers et les doubles nationaux ayant effectué leur service militaire à l'étranger de cette disposition au motif que seul le service national français ouvre droit à une couverture maladie auprès des caisses françaises. Les textes ne prévoyant pas cette restriction et la question n'ayant pas encore été tranchée par les tribunaux, il ne faut pas hésiter à faire un recours contre les décisions refusant la prise en charge des soins de santé dans une telle hypothèse.

3. Les détenus

Aux termes de l'article L. 381.30 CSS, les détenus, sans distinction de nationalité, sont obligatoirement affiliés au régime général de Sécurité sociale. Ils bénéficient, pendant toute la période de détention, des prestations en nature de l'assurance maladie, pour eux et leurs ayants droit. En outre, la prise en charge de leurs soins de santé se prolonge

pendant douze mois à compter de leur libération (CSS, art. L. 161-8, voir *supra*, p. 96).

Toutefois, la loi du 18 janvier 1994 a apporté une restriction importante à ce dispositif en ce qui concerne les détenus étrangers qui ne sont considérés comme assurés sociaux à part entière que s'ils se trouvent en situation régulière au regard du séjour. S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, ils ne sont couverts que pendant la seule période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au-delà de leur libération, et la couverture assurance maladie ne s'étend pas à leurs ayants droit, même mineurs.

4. Les demandeurs d'asile

a) Le droit à l'allocation d'insertion et à une couverture maladie

Lorsqu'un étranger dépose une demande d'asile auprès de l'OFPPRA, il lui est remis un certificat de dépôt lui permettant de recevoir un récépissé portant la mention « a demandé le statut de réfugié » d'une durée de trois mois renouvelable. Bien que n'autorisant pas son titulaire à travailler, ce récépissé lui permet de s'inscrire à l'ANPE. Cette inscription ouvre droit, d'une part, à l'allocation d'insertion et, d'autre part, à une couverture maladie.

Outre sa motivation humanitaire et sa vocation à répondre à un souci de santé publique, la prise en charge des soins de santé des demandeurs d'asile trouve un fondement juridique dans la convention de Genève elle-même. En effet, compte tenu du caractère reconnaissant de la qualité de réfugié, les demandeurs d'asile doivent être traités comme des réfugiés et doivent donc bénéficier des dispositions de la convention qui prévoient l'égalité de traitement entre les réfugiés et les nationaux.

b) La date d'ouverture des droits

La date d'inscription à l'ANPE vaut date d'ouverture des droits à l'assurance maladie. En conséquence, les frais de soins de santé dispensés à compter de l'inscription doivent être pris en charge par la Sécurité sociale, quelle que soit la durée nécessaire pour obtenir une immatriculation et une affiliation.

c) Les documents à fournir

Certains centres de Sécurité sociale ont exigé, pour établir l'immatriculation ou l'affiliation d'un demandeur d'asile, des pièces d'état civil établies par les autorités consulaires de l'Etat dont l'intéressé est ressortissant. Or un demandeur d'asile ne peut, par définition, entrer en contact avec un représentant de l'Etat dont il est ressortissant sous peine de compromettre le sérieux de sa demande d'asile. Une telle démarche doit être à tout prix évitée, d'autant que le récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile auprès de l'OFPPRA vaut pièce d'état civil, aux termes de la convention de Genève. Ce document doit suffire à établir l'immatriculation et l'affiliation du demandeur d'asile et toute autre exigence des caisses de Sécurité sociale serait abusive.

d) Le cas des demandeurs d'asile âgés de plus de soixante-cinq ans

Bien que détenteur d'un récépissé de demande de statut de réfugié, un demandeur d'asile âgé de plus de soixante-cinq ans ne peut s'inscrire comme demandeur d'emploi. Il se trouve ainsi exclu de fait du bénéfice d'une couverture maladie, à moins d'être hébergé dans un centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA). Dans cette dernière hypothèse, le fait d'être pris en charge par ce centre ouvre droit à l'assurance personnelle (voir *infra*).

5. Les étudiants

Est considéré comme étudiant étranger toute personne venant poursuivre tout ou partie de ses études en France.

Les étudiants n'entrent pas dans le champ d'application des conventions bilatérales de Sécurité sociale (ils peuvent toutefois en bénéficier, indirectement, en tant qu'ayant droit d'un assuré entrant dans son champ d'application).

Il existe en revanche des accords de réciprocité ou accords culturels propres aux étudiants : au titre de ces accords, les étudiants de certains États sont admis au régime de Sécurité sociale des étudiants. C'est le cas des ressortissants des États suivants : Afghanistan, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bénin, Burkina Faso, Cambodge, CEI, Cameroun, Canada, Cap-Vert, République centrafricaine, Chypre, Colombie, Comores, Congo, Côte-d'Ivoire, Danemark, Djibouti, Égypte, Espagne, États-Unis, Gabon, Grande-Bretagne, Grèce, Irak, Iran, Islande, Israël, Italie, Jordanie, Laos, Liban, Luxembourg, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Mauritanie, Niger, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Québec, Sénégal, Slovaquie, Suède, Syrie, Tchad, République tchèque, Togo, Tunisie, Turquie, Venezuela, Vietnam, ex-Yougoslavie.

Les ressortissants de ces États doivent en outre remplir plusieurs conditions :

- être âgé de moins de 28 ans ;
- acquitter une cotisation annuelle ;
- être inscrit dans un établissement d'enseignement ouvrant droit au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
- être en situation régulière de séjour.

Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite ou si l'étudiant n'est pas ressortissant d'un État ayant conclu avec la France un accord relatif aux étudiants, l'intéressé a alors

comme seule possibilité de couverture maladie l'assurance personnelle (voir ci-après).

Dans tous les cas, les étudiants se trouvent confrontés à une contradiction insoluble : les caisses de Sécurité sociale exigent la production d'un titre de séjour portant la mention étudiant pour procéder à leur affiliation et immatriculation, mais, dans le même temps, les préfectures exigent qu'il dispose d'une couverture sociale pour lui fournir un titre de séjour quelconque. Les différents services intéressés ne parviennent pas à s'accorder.

Aussi, dans l'immédiat et tant que les administrations compétentes ne se seront pas coordonnées, les étudiants étrangers ont pour seule solution d'adhérer à une des nombreuses assurances privées fournissant sur ce marché.

6. Les travailleurs saisonniers

On entend par travailleur saisonnier étranger tout travailleur venant en France pour exécuter un contrat de travail de courte durée, lié à une activité dépendante du rythme des saisons ou se répétant automatiquement chaque année. Les secteurs d'activité principalement concernés sont l'agriculture et le tourisme.

Les étrangers titulaires d'un contrat d'introduction de travailleur saisonnier ont le droit d'exercer une activité salariée pendant la durée mentionnée sur le contrat (avec un plafond de 6 mois, ou à titre exceptionnel, 8 mois, sur une période de 12 mois consécutifs) auprès de l'employeur partie à ce contrat (code du travail, art. R. 341-7-2).

Dès lors que la durée de l'emploi excède 3 mois, l'employeur est tenu de solliciter un titre de séjour pour le salarié qu'il prétend embaucher.

Les droits à l'assurance maladie sont ouverts dès lors que

l'intéressé justifie, au cours des 12 mois précédant la date des soins (ou de 365 jours consécutifs) :

- soit de 800 heures de travail salarié ou assimilé ;
- soit de cotisations au moins égales à celles correspondant à 2 030 fois la valeur horaire du SMIC au 1^{er} jour précédant cette période de 12 mois (CSS, art. R. 313-7).

7. Les personnes affiliées au régime de l'assurance personnelle

a) Règles générales

Conformément aux articles L. 741-1, R. 741-1 et D. 741-1 du code de la Sécurité sociale, le régime de l'assurance personnelle est ouvert à toute personne ne pouvant accéder à un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité pour elle et ses ayants droit, dès lors qu'elle répond aux conditions qui sont énumérées ci-dessous.

L'assurance personnelle a, en outre, pour vocation de permettre l'accès immédiat aux soins pour toute personne dont il n'est pas possible d'établir de manière certaine de quel régime d'assurance maladie elle relève (loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, décret n° 95-277 du 7 mars 1995, circulaire n° 95-42 du 5 mai 1995). Simultanément, ce dispositif de l'affiliation provisoire à l'assurance personnelle offre une réponse aux difficultés d'ordre administratif et participe à la politique de lutte contre l'exclusion.

Avant d'envisager une affiliation à l'assurance personnelle, il faut se rappeler que la couverture au titre de l'assurance personnelle ne peut prendre fin qu'à condition que l'intéressé soit pris en charge à un autre titre (assuré social d'un autre régime, en tant que salarié par exemple, ou ayant droit) ou qu'il quitte le territoire français.

b) Formalités

L'affiliation à l'assurance personnelle :

- soit résulte d'une demande adressée au centre de Sécurité sociale du domicile du demandeur ;
- soit se fait automatiquement, dès lors que l'assuré ne l'a pas expressément refusée dans un délai de trois mois à compter du jour où il a cessé de remplir les conditions d'affiliation à l'assurance maladie.

Si l'organisme qui verse des prestations constate qu'une personne cesse de relever de ce régime, il a l'obligation de le lui faire savoir immédiatement par lettre recommandée avec avis de réception. Le silence de l'intéressé vaut acceptation d'affiliation à l'assurance personnelle et de la prise en charge des cotisations afférentes (CSS, art. R. 741-3). A l'inverse, son refus exprès l'en dispense.

c) Prise en charge des cotisations

Le régime de l'assurance personnelle s'inscrit dans une logique contributive, c'est-à-dire qu'il est alimenté par des cotisations. Ces cotisations, dont le montant est établi en fonction des revenus de l'assuré, sont à la charge, en principe, de l'assuré. Toutefois, si ses ressources ne le lui permettent pas, une prise en charge totale ou partielle de ces cotisations peut être demandée auprès :

- de la caisse d'allocations familiales pour tous les bénéficiaires de prestations familiales,
- de la Caisse des dépôts et consignations pour tous les titulaires de l'allocation spéciale vieillesse,
- du centre communal d'action sociale (CCAS) dans le cadre de l'aide sociale. (voir *infra*, p. 271 et 283).

L'organisme procède à une réévaluation périodique de la prise en charge selon l'évolution des ressources du bénéfici-

claire. Une enquête est menée pour apprécier les revenus et les charges du foyer considéré.

En ce qui concerne les étudiants étrangers qui solliciteraient une prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle par l'aide sociale, certaines préfectures ont estimé que cette demande constituait la preuve de ressources insuffisantes, condition motivant le refus de délivrance d'une carte de séjour étudiant. Afin de se prémunir contre cet éventuel refus, les étudiants étrangers doivent présenter à la préfecture la seule carte délivrée par la Sécurité sociale et non celle délivrée par l'aide sociale qui trahirait l'organisme prenant en charge les cotisations.

d) Conditions de résidence et de séjour régulier

L'arrêté du 9 mai 1995 fixe la liste des titres de séjour nécessaires pour l'affiliation des étrangers à l'assurance personnelle :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- carte de séjour de ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou récépissé de demande de titre ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié et portant la mention « a demandé le statut de réfugié à l'OFPPRA » valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable ;
- récépissé de demande de carte de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » ;
- carte diplomatique ;

- carte « corps consulaire », « organisations internationales » et « cartes spéciales » délivrées par le ministère des Affaires étrangères ;
- carte d'identité d'Andorran délivrée par le préfet du département des Pyrénées-Orientales ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;
- livret ou carnet de circulation ;
- autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois.

Si la résidence sur le territoire français et le séjour régulier conditionnent l'accès des étrangers à l'assurance personnelle, la durée de leur résidence ne peut en aucun cas leur être opposée comme motif de refus de prise en charge des cotisations, dès lorsqu'elle est supérieure à trois mois.

C

Les ayants droit

Les ayants droit d'un assuré social sont les personnes qui bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité du chef de l'assuré. C'est la loi au titre de laquelle les prestations sont ouvertes qui définit les ayants droit et non la loi du pays d'origine.

1. Règles générales

- Pour être ayant droit, il faut :
 - être à la charge de l'assuré ou de son conjoint, c'est-à-dire vivre au foyer et imposer une charge au chef de famille ;

- ne pas bénéficier à un autre titre d'un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- ne pas être inscrit au répertoire des métiers ou au registre du commerce ou exercer une profession libérale.
- Les ayants droit majeurs d'un assuré social étranger doivent être *en situation régulière* (CSS, art. L. 161-25-2). La liste des titres de séjour attestant de ce séjour régulier est la suivante (CSS, art. D. 161-15) :
 - carte de résident ;
 - carte de résident privilégié ;
 - carte de séjour temporaire ;
 - certificat de résidence de ressortissant algérien ;
 - récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
 - récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales (OMI) au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de famille d'une personne de nationalité française ;
 - récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention « reconnu réfugié » ;
 - récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois renouvelable ;
 - autorisation provisoire de séjour ;
 - titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
 - passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour.

Il existe plusieurs catégories d'ayants droit (CSS, art. L. 313-3) : le conjoint, le concubin, les enfants, les ascendants, descendants, collatéraux, la personne qui vit chez l'assuré dès lors qu'ils remplissent certaines conditions.

2. Le conjoint, le concubin

Sont ayants droit de l'assuré :

- son conjoint, même s'il est séparé de corps ou de fait ;
- la personne qui vit maritalement avec lui.

Il n'est pas exigé de communauté de vie entre l'assuré et l'ayant droit. Ainsi, le conjoint, le concubin et l'ex-conjoint peuvent être en même temps ayants droit d'un assuré social.

En cas de divorce ou de décès de l'assuré, les ayants droit conservent le bénéfice des prestations en nature pendant les douze mois suivant le divorce ou le décès ou jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de trois ans.

La personne veuve ou divorcée ayant ou ayant eu à charge au moins trois enfants continue de bénéficier pour elle-même et ses ayants droit des prestations en nature, sans limitation de durée (CSS, art. L. 161-15).

3. Les enfants

Les enfants d'un assuré social sont ayants droit qu'ils soient légitimes, naturels, adoptés ou recueillis.

Les enfants de l'assuré sont ayants droit jusqu'à 16 ans dans le cas général, jusqu'à 18 ans s'ils sont en apprentissage, jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études ou si, en raison d'une infirmité, ils ne peuvent travailler.

Les enfants mineurs d'assurés sociaux étrangers ne sont pas soumis à la condition de séjour régulier. Ils doivent seule-

ment établir qu'ils résident en France de façon permanente, et cela par tout moyen : certificat de scolarité, attestation de versement des allocations familiales (circulaire CNAM-DGR n° 101/95 du 19 octobre 1995). Ils sont couverts par l'assurance maladie même s'ils sont entrés en France hors regroupement familial. C'est donc abusivement que certaines caisses exigent que l'enfant soit entré en France dans le cadre de la procédure de regroupement familial pour être reconnu comme ayant droit.

4. Les ascendants, descendants, collatéraux

Les ascendants, les descendants, les collatéraux et les alliés jusqu'au troisième degré sont ayants droit s'ils vivent sous le toit de l'assuré et se consacrent exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à la charge de l'assuré. La qualité d'ayant droit peut être reconnue simultanément à plusieurs personnes dès lors que chacune remplit les conditions requises.

5. La personne qui vit chez l'assuré

La personne qui vit chez l'assuré depuis plus de douze mois et est à sa charge effective, totale et permanente peut avoir la qualité d'ayant droit (CSS, art. L. 161-14). La notion de vie commune recouvre tant la personne qui partage la vie de couple avec l'assuré (compagne ou compagnon du même sexe) que toute autre personne, membre de la famille ou non, qui vit chez l'assuré depuis plus d'un an. Toutefois, une seule personne par assuré peut être prise en charge à ce titre pendant un an. Une attestation sur l'honneur signée par l'assuré et par l'intéressé doit être fournie ; elle est suffisante. Cette attestation est valable un an, elle doit donc être renouvelée.