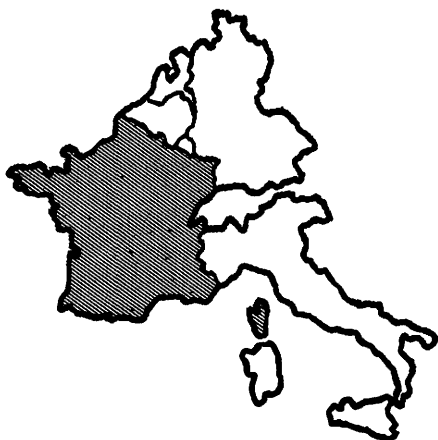


COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**



Guide n° 1 — France

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en France avec leur famille**

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en France avec leur famille**

Guide n° 1 — France

SOMMAIRE

	Pages
GENERALITES	9
REGIME GENERAL	12
<i>I. Maladie</i>	12
— bénéficiaires	12
— conditions d'octroi	14
— remboursement des soins	10
— arrêt de travail	25
— constitution de votre dossier et règlement des prestations	27
<i>II. Maternité</i>	28
— bénéficiaires	28
— conditions d'octroi	29
— prestations maternité	29
<i>III. Décès</i>	34
— bénéficiaires	34
— conditions d'octroi	34
— capital-décès	35

	Pages
<i>IV. Assurance volontaire</i>	35
<i>V. Cotisations</i>	37
<i>VI. Litiges-recours</i>	37
— litiges d'ordre médical	37
— litiges d'ordre administratif	38
REGIME AGRICOLE	40
<i>I. Maladie</i>	40
— bénéficiaires	40
— conditions d'octroi	40
— prestations	42
<i>II. Maternité</i>	42
— bénéficiaires	42
— conditions d'octroi	43
— prestations	43
<i>III. Décès</i>	43
— bénéficiaires	43
— conditions d'octroi	44
— montant du capital-décès	44
<i>IV. Cotisations</i>	44
<i>V. Litiges-recours</i>	46
REGIME MINIER	47
<i>I. Maladie</i>	47
— bénéficiaires	47

	Pages
— conditions d'octroi	48
— prestations	50
<i>II. Maternité</i>	54
— bénéficiaires	54
— conditions d'octroi	54
— couverture des frais de soins	54
— indemnités	55
<i>III. Décès</i>	56
— bénéficiaires	56
— conditions d'octroi	56
— allocation	57
<i>IV. Assurance volontaire</i>	57
<i>V. Cotisations</i>	57
<i>VI. Litiges - recours</i>	57

GENERALITES

Le présent guide est un résumé général de la législation française de sécurité sociale dans les branches maladie, maternité, décès (allocation). S'y ajoutent des indications relatives aux règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Il est destiné aux travailleurs:

— ressortissants de l'un des Etats de la Communauté économique européenne : Belgique, république fédérale d'Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas,

— apatrides ou réfugiés,

qui viennent occuper un emploi salarié sur le territoire métropolitain français et y résider.

Il ne concerne pas:

— les gens de mer, bateliers rhénans ou travailleurs des transports internationaux qui bénéficient de régimes particuliers;

— les travailleurs frontaliers, saisonniers ou détachés pour lesquels il existe des dispositions spéciales (pour les travailleurs détachés, voir Guide n° 4, *Détachement*)

Avant d'aborder la description proprement dite de la législation, nous rappelons qu'en France:

1. *Il n'existe pas de plafond d'assujettissement*, ce qui veut dire que les travailleurs salariés ou assimilés sont obligatoirement immatriculés à la Sécurité sociale quel que soit le montant de leur rémunération, même si celle-ci est élevée.

2. *La déclaration d'immatriculation est faite par l'employeur. La caisse délivre à l'assuré une carte d'immatriculation.*

3. *Les cotisations sont prélevées sur les salaires et versées par l'employeur aux caisses compétentes. Des indications détaillées figurent à la rubrique, Cotisations.*

4. *Aucune distinction n'est faite entre ouvriers et employés. Les uns et les autres font partie des mêmes caisses, paient leurs cotisations sur les mêmes bases, touchent les mêmes prestations.*

Pourtant l'ensemble des assurés sociaux ne relève pas d'un régime unique. Les salariés de certains secteurs professionnels continuent à bénéficier de régimes qui leur sont propres (agriculture, mines, par exemple). C'est pourquoi notre *Guide comprend 3 parties.*

La première est consacrée à la description du *régime général* (salariés du commerce et de l'industrie), dans les branches qui nous intéressent ici: maladie, maternité, décès.

La seconde est consacrée au *régime agricole* et la troisième à *celui des ouvriers mineurs.*

5. *La caisse compétente est celle du lieu de travail. Pour le régime général, c'est la Caisse primaire de sécurité sociale; pour le régime agricole, la Caisse mutuelle d'assurance sociale agricole; pour le régime minier, la Société de secours minière.*

Vous pourrez vous procurer l'adresse de l'organisme dont vous relevez auprès du service social de la mairie. Votre employeur pourra également vous l'indiquer.

Enfin, nous appelons votre attention sur les points suivants :

— *Les indications données dans le présent Guide concernent le cas où vous venez en France avec votre famille. Si celle-ci continue à résider dans un autre pays de la Communauté économique européenne, consultez le Guide n° 5 établi pour ce pays.*

— *Si vous transférez votre résidence dans un autre pays de la Communauté économique européenne ou si vous y rendez en séjour temporaire, consultez le Guide n° 3, Transfert de résidence, ou le Guide n° 2, Séjour temporaire.*

REGIME GENERAL

I. MALADIE

Seul est couvert l'état qui nécessite le recours au médecin. Sans l'intervention de celui-ci, constatée dans les conditions définies plus loin, aucune prestation d'aucune sorte ne peut être servie.

Le choix du médecin, du dentiste, du pharmacien, de l'hôpital est entièrement libre.

Les prestations de l'assurance maladie comprennent *le remboursement*, dans les proportions indiquées ci-après, *des dépenses de soins* et, en cas d'arrêt de travail, l'attribution d'une *indemnité journalière*.

Ces prestations sont accordées, pour les soins, sans limitation de durée tant que les conditions requises sont remplies et, pour les indemnités journalières, pendant une période maximum de trois ans suivant la date de l'arrêt de travail.

Bénéficiaires

L'assuré lui-même (indemnités journalières et remboursement des soins), les membres de sa famille (remboursement des soins seulement).

Sont considérés comme membres de la famille:

1. Le conjoint; pourtant s'il exerce certaines professions (artisan, commerçant par exemple) ou une activité salariée, il est exclu;

2. Les enfants à charge, légitimes ou naturels (reconnus ou non), adoptifs ou recueillis, jusqu'à

- 16 ans s'ils ne sont pas salariés;
- 17 ans s'ils sont placés en apprentissage;
- 20 ans s'ils poursuivent des études ou s'ils sont atteints d'infirmités ou de maladies chroniques et, par conséquent, dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié;

3. Les parents; les membres de votre famille (ou celle de votre conjoint) jusqu'au troisième degré, ascendants (grands parents), descendants (enfants, petits-enfants), collatéraux (sœur, nièce), alliés (belle-fille, belle-mère) peuvent également avoir droit aux remboursements maladie, à condition :

- de vivre sous votre toit,
- de se consacrer uniquement aux soins du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à votre charge.

Les dispositions ci-dessus exposées sont celles de la législation française. Elles concernent donc les membres de votre famille qui vous ont suivi en France.

Ceux qui vivent dans un autre pays membre de la Communauté économique européenne continuent à bénéficier de la législation de ce pays.

La définition des bénéficiaires, les conditions d'attribution, les formalités à remplir sont expliquées dans le Guide n° 5 du pays où réside la famille dont il s'agit.

Conditions d'octroi

1. L'assuré social doit:

— avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant un total de 60 heures au moins au cours des 3 mois précédant le premier jour de l'interruption de travail ou le premier acte médical figurant sur la feuille de soins, ou

— être inscrit comme demandeur d'emploi au chômage (10 jours au cours des 3 mois précités).

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 6 mois, les conditions d'attribution sont plus strictes pour l'octroi des indemnités journalières.

Le maintien de ces prestations est subordonné à la double condition que vous ayez été immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail et que vous ayez travaillé au moins 480 heures pendant ces 12 mois dont 120 heures au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail, à moins que vous ne vous soyez trouvé en état de chômage involontaire constaté, pendant une durée équivalente.

Ce sont les bulletins de paye remis par votre employeur qui servent de pièces justificatives relatives aux conditions de travail ci-dessus indiquées ou, en cas de chômage, l'attestation délivrée sur votre demande par le service du chômage.

Ces bulletins doivent se référer, selon les cas, au mois, aux 3 mois ou même aux 12 mois antérieurs à la date d'interruption de travail. Nous vous recommandons en

conséquence de les conserver; ils peuvent vous être utiles.

2. Toutes les prestations sont supprimées à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date où vous cessez d'être couvert par l'assurance, par exemple si vous ne travaillez plus sans être inscrit au chômage, ou bien encore si vous abandonnez toute activité salariée pour devenir commerçant ou artisan; vous avez alors la faculté de vous inscrire à l'assurance volontaire (voir IV).

3. Mais il se peut que vous ne puissiez justifier de périodes d'assurance ou assimilées suffisantes en France, telles qu'elles sont décrites ci-dessus.

Les règlements concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants ont prévu ce cas.

Ils vous donnent la possibilité de « totaliser » vos périodes d'assurance. Si, en effet, vous avez travaillé sur le territoire d'un autre Etat membre, avant votre arrivée en France, il vous appartient de le faire valoir et de fournir à la Caisse primaire de sécurité sociale à laquelle vous êtes affilié, une attestation relative aux périodes accomplies en vertu de la législation du pays où vous étiez occupé précédemment.

Cette attestation est délivrée sur votre demande par l'organisme auprès duquel vous étiez assuré dans ce pays (formulaire E 4).

Mais cette totalisation n'est possible que s'il ne s'est pas écoulé un délai supérieur à un mois entre la fin de la période d'assurance accomplie dans le pays où vous

étiez occupé en dernier lieu et le début de la période d'assurance en France.

Remboursement des soins

Ces prestations comportent la couverture des frais de toutes sortes causés par la maladie:

- soins médicaux et chirurgicaux,
- médicaments, examens de laboratoire, analyses,
- soins et prothèse dentaires,
- hospitalisation, traitement dans les établissements de cure,
- éventuellement, frais d'appareillages,
- certains frais de déplacement et de transport.

Conditions dans lesquelles sont effectués les remboursements:

1. Vous devez faire l'avance des frais.

C'est vous qui réglez directement votre médecin, votre pharmacien, l'établissement de soins. Vous serez ensuite remboursé par votre caisse.

Il y a toutefois des dispositions particulières pour les soins donnés dans les hôpitaux publics ou dans certains établissements privés et dans la plupart des dispensaires qui ont passé un accord avec la Sécurité sociale. Dans ces cas, la caisse paie directement aux établissements la part qui lui incombe, l'assuré n'ayant à acquitter que le montant de sa propre part, c'est-à-dire le ticket modérateur.

Il en est de même pour la fourniture de certains articles de grand appareillage; la caisse règle directement sa part au fournisseur.

2. Vous êtes remboursé selon un tarif préalablement établi.

Les prestations sont calculées d'après des tarifs officiels fixés pour chaque catégorie de frais, dans des conditions qui vous seront indiquées par la suite.

3. Vous avez à votre charge une participation.

Enfin, la caisse rembourse vos dépenses à raison, dans la plupart des cas, de 80% de ses tarifs; c'est le principe général. Une quote-part est ainsi laissée à votre charge à titre de participation aux frais, appelée ticket modérateur.

Mais il y a des exceptions à cette règle. Dans certains cas et sous certaines conditions, vous pouvez être dispensé de cette participation et être remboursé à 100% du tarif de la caisse pour:

- une opération chirurgicale importante,
- les traitements onéreux,

nécessitant une hospitalisation supérieure à 30 jours (dispense à compter du 31^e jour),

ou entraînant cessation de travail pendant une période continue de 3 mois au moins (dispense à compter du 4^e mois d'arrêt de travail),

- les affections de longue durée telles que la tuberculose, les affections cancéreuses, les maladies mentales,

la poliomyélite (la dispense n'est accordée que pendant les périodes d'arrêt de travail); la suppression du ticket modérateur est décidée par le conseil d'administration de la caisse, après avis du contrôle médical; elle vous est notifiée par lettre recommandée;

— la fourniture de certains articles de grand appareillage pour lesquels la dispense du ticket modérateur est de droit.

4. *Feuille de maladie.*

Vous pouvez vous en procurer soit au siège de votre caisse, soit au centre de paiement, soit encore auprès de votre correspondant d'entreprise ou à la mairie. Il est fréquent que les médecins eux-mêmes disposent de cet imprimé et vous le fournissent, mais il est préférable, pour vous éviter des démarches inutiles, de vous prémunir.

C'est sur cette feuille de maladie que le médecin portera la date et la nature de l'acte médical accompli par lui et éventuellement ses prescriptions, délivrance d'une ordonnance, par exemple; celle-ci devra être jointe au dossier de demande de remboursement, dûment facturée par le pharmacien et comporter les vignettes (voir plus loin, Frais pharmaceutiques et frais assimilés).

Il convient que vous remplissiez la partie de cette feuille qui vous incombe en indiquant vos nom, prénoms, adresse, numéro d'immatriculation etc. et que vous n'omettiez pas de la signer.

Une même feuille de maladie ne peut servir que pour un seul malade. Chaque feuille est valable 15 jours à

partir de la date du premier acte médical porté par le médecin. En principe, elle doit être adressée ou présentée à la caisse dans les 30 jours qui suivent la consultation médicale.

Des feuilles spéciales sont prévues pour les soins et la prothèse dentaires.

5. *Formalités spéciales à certains actes.*

Dans certains cas, il est nécessaire, outre les justifications ordinaires, d'effectuer les formalités spéciales suivantes :

— Bulletin d'information; certains actes ne peuvent être remboursés que si le contrôle médical de la caisse a été avisé de leur exécution (actes pratiqués en série comme les piqûres par exemple). A cet effet, vous êtes tenu d'adresser à votre caisse dès le premier acte un bulletin d'information rempli et signé par le médecin. Comme il est simplement destiné à prévenir la caisse, il n'implique pas l'obligation d'attendre l'avis de celle-ci pour commencer le traitement.

— Demande d'entente préalable ou de prise en charge; certains actes, traitements onéreux ou susceptibles de donner lieu à des abus doivent faire l'objet d'un accord préalable de la caisse. Vous devez donc lui faire parvenir, avant le début du traitement, sauf cas d'urgence mentionné sur la feuille de maladie un imprimé spécial rempli et signé par votre médecin. Si, dans un délai de 10 jours à partir de la date d'envoi de la poste, vous n'avez pas de réponse, l'accord de la caisse est considéré comme acquis.

Mais dans les cas de cure en sanatorium (sauf cas d'urgence) ou en préventorium, admission dans une maison de convalescence, fourniture d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, le traitement ou l'appareil ne peut être pris en charge si la caisse n'a pas, au préalable, donné son acceptation par écrit (vous ne pouvez donc pas, dans ces deux cas, considérer que la caisse a accepté votre demande si elle n'y a pas répondu dans les 10 jours).

Les formules visées ci-dessus (bulletin d'information et entente préalable) sont fournies directement aux médecins par les caisses.

6. *Contrôle des malades.*

Le droit aux prestations est subordonné à la condition que vous vous soumettiez :

- éventuellement au contrôle administratif auquel la caisse peut être amenée à procéder par des agents visiteurs;

- au contrôle médical;

- aux obligations imposées par le médecin traitant en ce qui concerne notamment le repos et les sorties du malade; vous ne pouvez quitter la circonscription de la caisse pour l'un des points du territoire métropolitain français, sans l'avertir.

Si vous vous rendez temporairement dans l'un des autres Etats de la Communauté économique européenne ou si vous y transférez votre résidence, consultez le Guide n° 2, *Séjour temporaire*, ou le Guide n° 3, *Transfert de résidence*.

Avant d'aborder le détail de chaque catégorie de dépenses, nous vous rappelons qu'elles sont accordées aussi longtemps que votre état l'exige, donc sans limitation de durée, sous réserve évidemment que vous remplissiez les conditions d'assurance qui vous ont été indiquées à la rubrique: Conditions d'octroi.

Frais médicaux et chirurgicaux

Tous les soins susceptibles d'être dispensés par un médecin, un chirurgien, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, un auxiliaire médical (infirmier, masseur), sont codifiés par la Sécurité sociale et réunis en une seule liste valable sur l'ensemble du territoire métropolitain français. C'est la nomenclature générale des actes professionnels.

Les divers actes médicaux ou chirurgicaux sont représentés par des lettres affectées, selon les cas, de coefficients correspondant à l'importance relative de l'acte.

Pour votre information personnelle, nous vous donnons ci-après, à titre d'exemple, quelques lettres utilisées couramment:

- C. consultation au cabinet du médecin,
- V. visite,
- K. chirurgie,
- PC. acte de petite chirurgie.

La valeur de remboursement de ces lettres varie selon les départements.

Votre caisse vous indiquera, sur votre demande, la valeur de celles qui vous intéressent.

Mais n'oubliez pas, comme nous vous l'avons déjà dit, que vous ne serez remboursé qu'à raison de 80% de ce tarif, à moins que vous ne soyez dispensé du ticket modérateur.

Frais de soins et prothèse dentaires

Pour les soins dentaires simples (extraction de dents ou obturation par exemple), les conditions de remboursement sont les mêmes que pour les actes médicaux mais vous devez vous procurer une feuille spéciale, appelée feuille de soins dentaires, auprès de votre caisse. Elle est valable un mois et renouvelée ensuite.

Pour la prothèse dentaire (pose d'appareils ou couronnes), les règles sont plus strictes.

Avant l'exécution d'un appareil mobile ou de couronnes, il faut que vous demandiez la prise en charge à votre caisse en envoyant une feuille de prothèse dentaire signée par votre dentiste. Cette feuille est valable 6 mois à compter de la date de l'accord de la caisse.

De plus, les appareils mobiles ne sont remboursés que sous certaines conditions et les appareils fixes, appelés bridges ainsi que les dents à pivot, ne sont pas remboursés.

Frais pharmaceutiques et frais assimilés

Les produits pharmaceutiques comprennent essentiellement les médicaments magistraux (préparés par le phar-

macien d'après les indications du médecin) et les médicaments spécialisés (fabriqués en laboratoire et vendus tout préparés par le pharmacien).

Les médicaments magistraux sont remboursés d'après les frais exposés par l'assuré, sur la base de 80%.

Les médicaments spécialisés ne sont remboursables qu'à la condition de figurer sur une liste officielle, révisée périodiquement. Ils portent, soit à l'intérieur, soit, le plus souvent, à l'extérieur de l'emballage, une vignette que vous devez détacher et coller sur l'ordonnance facturée par le pharmacien. Cette formalité est indispensable pour obtenir le remboursement de ces produits.

Pour les médicaments spécialisés, le montant du ticket modérateur est fixé à 30%. Toutefois, la participation de l'assuré est réduite à 10% pour certains médicaments irremplaçables (antibiotiques, anticoagulants, etc.).

Les analyses, examens de laboratoire (et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments) sont remboursés à 80% sur la base du tarif de la caisse. Ils doivent être effectués par un laboratoire agréé; les analyses très courantes ne sont pas soumises à cette condition.

Il importe que vous présentiez au pharmacien ou au laboratoire, en même temps que l'ordonnance, votre feuille de maladie sur laquelle sera apposé un cachet.

Enfin, si votre traitement médical doit être complété par le port d'un appareil, votre caisse peut en supporter les frais (acquisition, réparation, renouvellement, frais de déplacement pour vous rendre chez votre fournisseur).

Mais il convient que vous

— fassiez tout d'abord faire par votre médecin une ordonnance spéciale prescrivant avec précision l'appareil nécessaire;

— demandiez l'accord préalable de votre caisse qui doit vous donner une réponse écrite; toutefois, le remboursement de certains articles limitativement énumérés n'est pas soumis aux formalités de l'entente préalable (la plupart des lunettes par exemple, les ceintures de grossesse);

— vous adressiez à un fournisseur agréé par la Sécurité sociale; lorsqu'il s'agit d'un article de grand appareillage, vous devez être inscrit à un centre d'appareillage et vous soumettre à son contrôle.

Hospitalisation

Vous pouvez choisir librement l'établissement hospitalier où vous désirez vous faire soigner, qu'il s'agisse d'un hôpital public ou d'un établissement privé.

Une restriction cependant en ce qui concerne l'établissement privé: vous n'êtes remboursé que s'il est agréé par la Sécurité sociale (sauf en cas de nécessité absolue, reconnue par votre caisse).

Vous avez donc intérêt à vous renseigner sur ce point auprès de votre caisse qui vous donnera des indications sur les établissements, les tarifs pratiqués, les remboursements prévus.

Si vous êtes soigné dans un *hôpital public*:

Votre admission est faite sur le vu d'une attestation de votre médecin ou du médecin de l'hôpital;

Vous prévenez votre caisse de l'hospitalisation.

La caisse se charge de verser directement à l'hôpital la part qui lui incombe (80%), vous n'aurez que votre participation personnelle à régler: 20%.

Nous vous rappelons que dans certains cas, vous pouvez être exonéré de cette participation (voir ce qui a été dit précédemment à ce sujet).

Si vous êtes soigné dans un *établissement agréé* :

Avant de vous faire hospitaliser dans un établissement privé, vous devez demander l'accord préalable de la caisse, en indiquant l'établissement choisi;

Vous êtes remboursé sur la base des tarifs des caisses (80% ou 100% selon les cas).

Toutefois, certaines conventions prévoient que l'assuré, ne fait pas l'avance des frais. La caisse verse alors directement à l'établissement sa participation.

Arrêt de travail

Si vous arrêtez votre travail, il est indispensable que vous en avisiez votre caisse dans les 2 jours. Utilisez à cet effet l'imprimé spécial qui doit être signé par votre médecin. Ce dernier vous fournira généralement cet « avis d'arrêt de travail », mais vous pouvez également vous le procurer à votre caisse.

Des indemnités journalières vous sont accordées, si bien entendu vous remplissez les conditions d'octroi exposées au début de ce chapitre. Elles sont versées à partir du 4^e jour d'arrêt de travail.

Vous avez droit à 360 jours d'indemnités au cours d'une période de 3 ans.

Pour les affections de longue durée (tuberculose, maladies mentales, affections cancéreuses, poliomyélite et maladies nécessitant un arrêt de travail ou des soins continus de plus de 6 mois) les indemnités journalières peuvent être servies pendant une durée de trois ans. Elles peuvent même être maintenues au-delà de ce délai. *Leur montant est égal à la moitié du salaire sur lequel vous avez cotisé. Pourtant, si vous êtes :*

— chargé de famille (3 enfants ou plus à votre charge) : vous recevrez à compter du 31^e jour d'arrêt de travail une indemnité majorée, égale aux $\frac{2}{3}$ du salaire sur lequel vous avez cotisé ;

— hospitalisé : l'indemnité est maintenue si vous avez 2 enfants ou plus à charge ; elle est réduite dans les autres cas.

En cas d'augmentation générale des salaires, les indemnités journalières peuvent être revalorisées si l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois.

Si vos enfants ou certains d'entre eux résident dans un autre Etat de la Communauté économique européenne, ils sont pris en compte pour le calcul des indemnités majorées ou pour le calcul de l'indemnité due en cas d'hospitalisation.

Constitution de votre dossier et règlement des prestations

La Sécurité sociale française prévoit que vous devez constituer un dossier pour faire valoir vos droits.

Nous allons vous rappeler brièvement les différentes pièces que vous aurez à fournir. Certaines d'ailleurs ont été déjà indiquées au cours de cet exposé, mais pour faciliter votre tâche nous tenons à vous les énumérer à nouveau. Vous pourrez aussi consulter votre feuille de maladie; des indications à ce sujet y figurent en page 18.

Il importe que la caisse connaisse votre situation de famille et votre nationalité; elle consultera en conséquence soit votre passeport, soit votre carte de séjour.

Elle peut aussi vous demander périodiquement de fournir, pour vos enfants âgés de plus de 16 ans, un certificat de scolarité ou d'apprentissage;

enfin, à chaque demande de remboursement:

- le ou les bulletins de paye ou l'attestation de chômage;

- la feuille de maladie, de soins ou de prothèse dentaires, les ordonnances médicales tarifées par le pharmacien, les factures éventuelles des fournisseurs.

Vous n'aurez pas oublié, si vous avez un arrêt de travail, d'envoyer dans les 48 heures la lettre « d'avis d'arrêt de travail » et, pour toucher vos indemnités journalières, vous ajouterez à votre dossier une attestation établie par votre employeur (formule 3201) indiquant notamment la période d'arrêt de travail.

En temps utile, vous aurez également fait parvenir à votre caisse le bulletin d'information nécessaire ou la demande d'entente préalable ou de prise en charge dont il a été question au cours de cet exposé.

Vous pouvez envoyer votre dossier par la poste ou le donner à votre correspondant local d'entreprise, ou encore le présenter vous-même au guichet de la caisse.

Dans ce dernier cas, ayez sur vous votre carte d'immatriculation et une pièce d'identité. Si vous envoyez quelqu'un à votre place, votre femme par exemple, donnez-lui en outre une autorisation pour toucher les prestations.

Toute lettre ordinaire envoyée à la Sécurité sociale est dispensée du timbre.

II. MATERNITE

La naissance d'un enfant peut donner droit à deux catégories de prestations :

- les prestations de l'assurance maternité : elles concernent la grossesse et l'accouchement (remboursement des soins, indemnités de repos);

- les prestations familiales proprement dites.

Bénéficiaires

- La femme personnellement assurée;

- La femme légitime de l'assuré;

- Les enfants à charge tels qu'ils sont définis au chapitre, Maladie.

Conditions d'octroi

L'assuré doit:

— être immatriculé à la Sécurité sociale depuis au moins 10 mois à la date prévue par le médecin pour l'accouchement;

— avoir été salarié au moins 60 heures au cours des trois mois précédant la date de la première constatation médicale de la grossesse,

ou être inscrit comme demandeur d'emploi au chômage (10 jours au cours des trois mois précités).

Comme pour l'assurance maladie, les prestations maternité sont supprimées en principe à la fin du délai d'un mois qui suit la date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à l'assurance.

D'autre part, nous vous rappelons, dans le cas où votre entrée en France serait récente, qu'il vous est possible de faire état de vos périodes d'assurance effectuées dans un autre Etat de la Communauté dans les conditions indiquées au chapitre, Maladie.

Prestations maternité

Elles comportent le remboursement des frais, des indemnités de repos aux femmes elles-mêmes assurées sociales, diverses primes.

Conditions dans lesquelles sont effectués les remboursements

1. Déclaration de grossesse

Dès que vous êtes certaine de votre état, prévenez votre caisse. Cette déclaration est très importante. Elle doit être faite le plus tôt possible (avant la fin du 3^e mois). Si vous tardez, vous risquez de perdre certains droits, en particulier les allocations prénatales versées par la caisse d'allocations familiales.

Votre caisse vous remettra :

— une feuille d'examen de santé prénatal en vue de subir le premier examen médical ;

— un carnet de maternité.

Ce carnet doit être conservé soigneusement ; il est composé de feuillets détachables que vous envoyez au fur et à mesure à votre caisse ; il comporte également des indications sur les démarches à accomplir ou sur les primes et avantages octroyés. Consultez-le donc souvent pour savoir ce que vous avez à faire et emportez-le avec vous au moment de l'accouchement.

2. Examens de santé

La surveillance médicale est obligatoire avant et après l'accouchement. Vous devez donc vous soumettre aux examens prévus :

1^{er} examen avant la fin du 3^e mois (ci-dessus cité)

2^e examen avant la fin du 6^e mois

3^e examen avant la fin du 8^e mois

4^e examen dans le mois qui suit l'accouchement (pour vous-même et pour votre enfant).

Vous pouvez passer ces examens :

- soit gratuitement dans un centre prénatal agréé;
- soit chez le médecin ou la sage-femme de votre choix; dans ce cas, vous payez directement le prix de votre visite; la caisse vous remboursera selon ses tarifs.

Le premier et le quatrième examen doivent être nécessairement effectués par un médecin. Il s'agit d'un examen général.

Si vous omettez de remplir ces formalités, les primes et éventuellement les indemnités journalières vous sont supprimées.

Enfin, vous pouvez faire suivre votre enfant soit à une consultation de nourrissons agréée, soit par le médecin de votre choix. Ces examens dont la périodicité est indiquée dans le carnet de maternité donnent lieu à l'attribution d'une prime.

Remboursement des frais

Il s'agit des consultations et examens médicaux, frais d'accouchement et frais pharmaceutiques, appareils (ceinture de grossesse par exemple), frais de séjour à la maternité.

Tous ces frais sont remboursés à 100% du tarif fixé par la Sécurité sociale, il n'y a donc pas de ticket modérateur.

— Frais médicaux

Les examens médicaux prévus pour la surveillance médicale de la future mère sont remboursés dans les conditions indiquées ci-dessus (voir: Examens de santé).

— *Accouchement*

Dans les 48 heures de l'accouchement, adressez à votre caisse le certificat d'accouchement détaché du carnet.

Si l'accouchement a lieu :

— à domicile, la caisse verse un forfait d'accouchement et un forfait de frais pharmaceutiques selon ses tarifs quels que soient vos frais réels ;

— à l'hôpital public, la caisse verse directement à l'établissement le montant des journées d'hospitalisation et des frais d'accouchement proprement dits ;

— dans une maternité privée, la caisse rembourse :
d'une part, les honoraires du médecin accoucheur ou de la sage-femme sur la base du forfait prévu pour les accouchements à domicile ;

d'autre part, les frais de séjour suivant le tarif fixé par la caisse ou par convention entre caisse et établissements.

Certaines conventions prévoient que l'assuré ne fait pas l'avance des frais. La caisse verse alors directement à l'établissement le montant des frais afférents à l'accouchement et au séjour.

Si la clinique n'est pas agréée, seul est remboursé le forfait d'accouchement, à l'exclusion de tous frais relatifs aux journées d'hospitalisation.

Nous insistons donc pour que vous preniez tous renseignements nécessaires auprès de votre caisse avant de fixer votre choix sur un établissement.

Indemnités de repos

Seule la mère personnellement assurée sociale bénéficie de ces indemnités qui sont destinées à compenser la perte de salaire.

Elles sont versées pendant une durée de *6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement*, soit **14 semaines** en tout,

à condition naturellement:

- de cesser tout travail;
- que la durée du repos total ne soit pas inférieure à **6 semaines**.

Ces indemnités sont calculées sur le salaire perçu au cours du mois qui a précédé l'arrêt de travail, dans les mêmes conditions que l'indemnité de maladie.

Elles peuvent être supprimées si la déclaration de grossesse n'est pas faite en temps voulu, ou si vous ne vous soumettez pas aux divers examens de santé.

Primes

Celles-ci comprennent des primes d'allaitement ou des bons de lait selon les cas, des primes à la suite des examens médicaux fixés lorsque ceux-ci ont été effectués dans les délais prévus.

Des primes sont également accordées aux bénéficiaires qui se présentent aux consultations de nourrissons dans les centres créés ou agréés par la Sécurité sociale.

III. DECES

L'assurance décès garantit aux membres de la famille de l'assuré le versement à son décès d'un capital. Il est accordé même en cas de décès survenu à la suite d'un accident du travail.

Bénéficiaires

- Le conjoint;
- à défaut, les enfants, petits-enfants;
- à défaut, les parents, grands-parents.

Bien que le délai de prescription soit de 2 ans, ces personnes ont intérêt à faire leur demande dans le délai d'un mois (à compter du décès), si elles étaient à la charge effective et complète du décédé.

En effet, toute autre personne n'ayant aucun lien de parenté avec le défunt peut elle aussi demander le bénéfice du capital-décès, mais à la condition expresse de prouver qu'elle était, au moment du décès, à la charge effective et complète du décédé et de faire sa demande dans le délai d'un mois.

Conditions d'octroi

Au moment de sa mort, l'assuré devait :

- avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 60 heures au cours des 3 mois précédant le jour du décès;
- ou avoir été en chômage pendant un minimum de 10 jours au cours de ces 3 mois.

Pour déterminer s'il est satisfait aux conditions ci-dessus, il est tenu compte des périodes indemnisées au titre de la maladie.

Nous rappelons qu'il est possible de faire état des périodes d'assurances effectuées dans un autre Etat de la Communauté, dans les conditions indiquées au chapitre: Maladie.

Capital-décès

Les bénéficiaires doivent aviser du décès de l'assuré la caisse primaire à laquelle il était affilié. Celle-ci leur adressera les imprimés nécessaires à la constitution du dossier.

Le montant du capital est égal à *90 fois le salaire journalier soumis à cotisation.*

De plus, les bénéficiaires peuvent obtenir le remboursement des frais de maladie de l'assuré.

IV. ASSURANCE VOLONTAIRE

Elle permet à certaines personnes qui ne remplissent pas les conditions pour être assurées de recevoir des prestations moyennant le versement d'une cotisation.

Ce sera votre cas si vous cessez toute activité salariée pour vous établir en qualité de commerçant ou d'artisan par exemple.

Pour bénéficier de cette assurance, il est nécessaire que vous ayez été assuré social pendant au moins 6 mois.

Les périodes d'assurance que vous auriez accomplies dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne sont prises en compte si besoin est, à condition que vous puissiez faire nécessairement état d'une période d'activité salariée sur le territoire français.

Vous disposez d'un délai de six mois à compter de la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions de l'assurance obligatoire, pour demander votre inscription à la caisse de sécurité sociale.

Les membres de votre famille, c'est-à-dire votre conjoint et vos enfants à charge, tels qu'ils sont définis au chapitre Maladie, ont droit aux prestations comme les membres de la famille d'un assuré obligatoire.

Vous obtiendrez les avantages suivants :

— frais et soins (maladie, maternité) : les mêmes que pour les assurés obligatoires ;

— indemnités journalières (maladie) : ne sont attribuées qu'en cas d'affection de longue durée et d'interruption de travail ou de soins continus de plus de 6 mois ;

— décès : votre famille percevra un capital décès ;

— vieillesse (voir votre caisse).

Il n'est pas possible de vous donner des indications précises sur le montant de la cotisation à verser ; celle-ci dépend des risques pour lesquels vous voulez vous assurer et de la classe de cotisation qui vous sera attribuée.

Il convient donc, si cette assurance vous intéresse, que vous demandiez toutes précisions à votre caisse qui vous

donnera l'imprimé spécial à remplir et la liste des pièces à fournir.

V. COTISATIONS

Le taux global de la cotisation d'assurances sociales (maladie, maternité, décès, vieillesse) est actuellement fixé à 19,50% dont 13,50% à la charge de votre employeur, 6% à votre charge.

La part qui vous incombe (6%) est retenue sur votre salaire par votre employeur qui verse la cotisation globale à la caisse de sécurité sociale compétente.

Elle est calculée sur la base du salaire versé lors de chaque paye. Toutefois, celui-ci n'est compté que pour une fraction ne dépassant pas un certain plafond.

Ainsi, comme nous vous l'avons dit au début de ce guide, en France, vous êtes assujetti obligatoirement à la Sécurité sociale dès lors que vous êtes salarié, même si votre salaire est élevé, mais les cotisations sont calculées sur un salaire limité.

VI. LITIGES-RECOURS

Vous pouvez contester une décision de votre caisse. Les difficultés que vous rencontrez peuvent être d'ordre médical ou d'ordre administratif.

Litiges d'ordre médical

Vous pouvez demander à être examiné par un médecin expert.

La demande d'expertise doit :

- être présentée dans le délai d'un mois à compter de la décision contestée;

- être écrite (elle peut être rédigée dans votre langue);

- être envoyée, soit en recommandée avec accusé de réception, soit déposée au guichet de la caisse, contre récépissé;

- indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant;

L'avis du médecin expert est sans appel.

Les dépenses d'expertise sont à la charge de la caisse. Toutefois, elles peuvent être mises à la charge du malade lorsque sa contestation est manifestement abusive.

Litiges d'ordre administratif

Ces difficultés concernent notamment les conditions d'attribution des prestations, leur montant, etc,

Vous adresserez votre réclamation :

- d'abord à la Commission de recours gracieux (même adresse que votre caisse) dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision que vous contestez;

- et ensuite, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, à la Commission de première instance dans le délai de 2 mois à compter :

soit de l'expiration d'un délai d'un mois au terme duquel le silence de la Commission de recours gracieux équivaut à un rejet,

soit de la date de la notification de la décision nouvelle.

L'adresse du secrétariat de la Commission de première instance compétente vous sera donnée par votre caisse.

Vous pouvez y déposer votre requête ou encore l'adresser au secrétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les décisions de cette Commission sont, dans certains cas, susceptibles d'appel. Vous trouverez des indications précises et détaillées à ce sujet sur la notification de la décision de la Commission de première instance.

La procédure est gratuite et sans frais. Toutefois, si votre recours est jugé nettement abusif, vous pouvez être condamné à une amende.

REGIME AGRICOLE

Vous êtes assujetti au régime agricole des assurances sociales si vous êtes salarié :

- dans une exploitation agricole ou forestière ;
- dans une entreprise de battage et travaux agricoles ;
- chez un artisan rural ;
- dans un groupement professionnel agricole (coopérative agricole par exemple).

Les règles générales exposées plus haut sous le titre : Régime général sont applicables également dans le régime agricole, aussi bien pour l'assurance maladie que pour l'assurance maternité.

Vous trouverez ci-après certaines indications sur des points particuliers au régime agricole.

I. MALADIE

Bénéficiaires

Voir: Régime général, Bénéficiaires, 1 et 2.

Conditions d'octroi

1. Pour avoir droit aux prestations (remboursement des soins et indemnités journalières) l'assuré social agricole doit avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 100 jours au cours des 2 trimestres civils précédant celui de l'acte médical ou de l'accident ou, s'il ne remplit

pas ces conditions, pendant au moins 200 jours précédant celui de l'acte médical ou de l'accident.

Les trimestres civils sont les périodes de 3 mois qui commencent les 1^{er} janvier, avril, juillet et octobre. Il ne s'agit donc pas des périodes qui précèdent la date exacte à laquelle les soins sont donnés.

Par exemple, si l'assuré a consulté le médecin le 1^{er} août, la période pour laquelle la caisse lui demandera de fournir la preuve de son travail sera la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet.

2. Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 6 mois, les conditions exigées pour avoir droit aux indemnités journalières, sont plus strictes.

L'assuré doit prouver :

— non seulement qu'il a occupé un emploi salarié pendant au moins 200 jours au cours des 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel il a dû cesser son travail,

— mais aussi pendant 15 jours au moins au cours du dernier de ces trimestres,

— enfin qu'il était immatriculé à un régime d'assurance sociale au premier jour de cette période de 4 trimestres civils.

3. L'assuré qui demande les prestations peu de temps après avoir été immatriculé peut les obtenir à condition de prouver qu'il a occupé un emploi salarié pendant les deux tiers au moins de la période qui s'est écoulée depuis son immatriculation.

4. Cas particuliers

— Chômage constaté par une inscription à un service de main-d'œuvre, périodes d'arrêt de travail dues à une maladie ou à un accident du travail ayant donné lieu au paiement d'indemnités journalières.

Les périodes correspondantes sont considérées comme périodes de travail salarié pour l'ouverture du droit aux prestations des assurances sociales agricoles.

— Maladie ou accident survenant au cours du premier mois d'un trimestre civil.

La période de référence dans ce cas est celle antérieure au trimestre civil précédant celui de la maladie.

Prestations

— *Remboursement des frais et indemnités journalières*: Voir chapitre, Régime général.

— *Formalités à remplir*:

Les règles concernant la constitution du dossier (bulletin de paye, feuille de maladie, formalités spéciales, arrêt de travail, contrôle des malades), sont les mêmes que dans le régime général. Toutefois, au cours de maladies prolongées, l'assuré agricole peut être invité à prouver qu'il remplit toujours les conditions exigées.

II. MATERNITE

Bénéficiaires

Dans le régime agricole, les seules bénéficiaires sont:

1. la femme personnellement assurée sociale;
2. la femme légitime de l'assuré.

Conditions d'octroi

L'assuré ou l'assurée doit:

— avoir été immatriculé (ou avoir fait l'objet d'une demande d'immatriculation) antérieurement au 10^e mois précédant l'accouchement;

— avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 200 jours au cours des 4 trimestres civils précédant celui de l'accouchement;

— avoir, en outre, occupé un emploi salarié pendant au moins 50 jours au cours du premier des quatre trimestres ou, à défaut, au cours du trimestre précédent.

Prestations

Les règles sont les mêmes que dans le régime général. Reportez-vous à la première partie de la brochure.

Toutefois, les futures mères peuvent, à la place des primes de maternité prévues à l'occasion des examens médicaux au cours de la grossesse, obtenir de la part des caisses agricoles une layette, à condition que tous ces examens (qui sont toujours remboursés) soient subis.

III. DECES

Bénéficiaires

Lors du décès d'un assuré social agricole, le capital décès est versé :

- à son conjoint;
- à défaut, à ses descendants;
- à défaut de conjoint et de descendants, à ses ascendants, mais seulement si ceux-ci étaient à sa charge au moment de son décès.

En aucun cas, le capital-décès ne pourrait être versé à une autre personne même si elle s'était trouvée à la charge de l'assuré.

Conditions d'octroi

1. L'assuré doit avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 200 jours au cours des 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu le décès (en cas de mort subite) ou l'arrêt de travail.
2. Cas particuliers: voir cette rubrique au chapitre Maladie, Régime agricole.

Montant du capital-décès

Comme dans le régime général, le capital-décès alloué dans le régime agricole est égal à *90 fois le gain journalier* correspondant aux cotisations versées.

IV. COTISATIONS

Alors que les salariés appartenant aux professions du commerce et de l'industrie, ainsi que leurs employeurs paient, d'une manière générale, des cotisations calculées en pourcentage de leur salaire réel, les assurés relevant du régime agricole et leurs employeurs payent, selon les cas:

— des cotisations calculées en pourcentage de leur salaire réel;

— ou des cotisations calculées en pourcentage d'un salaire forfaitaire fixé par la loi.

1. Cotisent sur leur salaire réel les salariés des catégories suivantes :

— employés d'organisations professionnelles agricoles (coopératives agricoles par exemple);

— salariés d'entreprises annexées à une exploitation agricole (laiteries, beurreries par exemple);

— ouvriers forestiers.

Les salariés n'appartenant pas à ces catégories peuvent également demander à verser leurs cotisations sur le salaire réel. Si vous le désirez, vous devez faire une demande à l'inspecteur départemental des lois sociales en agriculture qui vous indiquera les conditions à remplir.

2. Tous les autres salariés cotisent sur un salaire forfaitaire.

Le montant du salaire forfaitaire sur lequel sont calculées les cotisations est différent selon qu'il s'agit de travailleurs à capacité professionnelle normale ou à capacité professionnelle réduite; les cotisations payées par ces derniers sont naturellement plus faibles. La demande à faire pour être classé dans cette catégorie, doit être adressée à la caisse.

Le salaire de base est également réduit pour les travailleurs âgés de moins de 18 ans.

Les cotisations ouvrières sont précomptées lors de chaque paye par l'employeur, qui est responsable du versement de la double cotisation (ouvrière et patronale).

La caisse délivrera une attestation de paiement qui vous servira en cas de maladie ou de maternité à faire la preuve que les cotisations ont été versées.

V. LITIGES-RECOURS

Voir: Régime général.

RÉGIME MINIER

Sont obligatoirement affiliés au régime des mines les travailleurs (ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise etc.) exerçant leur activité professionnelle dans :

- les mines,
- les ardoisières,
- les exploitations de bauxite,
- certaines exploitations ou industries annexes assimilées.

I. MALADIE

Bénéficiaires

L'assuré (indemnités journalières et couverture des frais de soins), les membres de sa famille (couverture des frais de soins seulement).

Par membres de la famille, il faut entendre :

1. Le conjoint; pourtant s'il est couvert par un autre régime de sécurité sociale ou s'il exerce certaines activités (artisan, commerçant par exemple), il est exclu du régime minier;
2. Les enfants et petits-enfants à charge, légitimes, naturels (reconnus ou non), adoptifs, recueillis, jusqu'à
 - 16 ans s'ils ne sont pas eux-mêmes salariés,

- 17 ans s'ils sont placés en apprentissage,
- 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou si, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, ils sont dans l'impossibilité permanente d'effectuer un travail salarié;

3. L'ascendant ou l'ascendante

- qui vit sous le toit de l'affilié;
- qui n'est pas personnellement affilié à un régime de sécurité sociale;
- qui n'est pas inscrit au rôle de l'impôt général sur le revenu.

4. La descendante, la parente, l'alliée jusqu'au 3^e degré si elle remplit les trois conditions précitées (au n° 3), elle doit en outre:

- ou être âgée de 65 ans;
- ou se consacrer exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants âgés de moins de 14 ans à la charge de l'affilié.

Pour les membres de votre famille qui résident sur le territoire d'un autre Etat membre de la Communauté économique européenne, consultez le Guide n° 5 établi pour cet Etat.

Conditions d'octroi

Il suffit d'être affilié au régime de la sécurité sociale dans les mines à la date des soins dont le remboursement est demandé.

En ce qui concerne les indemnités journalières lorsque l'arrêt de travail se prolonge au delà de 6 mois, les conditions nécessaires sont plus rigoureuses. Il faut :

— avoir été immatriculé depuis 12 mois au moins à la date de l'interruption de travail ;

— avoir travaillé pendant au moins 480 heures au cours de ces 12 mois, dont 120 heures au cours des trois mois précédant l'interruption ;

— ou avoir été inscrit au chômage pendant une durée équivalente.

Si, avant de travailler en France, vous avez été occupé dans l'un des 5 autres pays de la Communauté économique européenne (Belgique, Luxembourg, Italie, Pays-Bas, république fédérale d'Allemagne), les périodes de travail effectuées dans ce pays peuvent être prises en compte pour déterminer si les conditions de stage ci-dessus indiquées sont remplies.

Une attestation vous est délivrée à cet effet, sur votre demande, par l'organisme auprès duquel vous étiez assuré dans ce pays (formulaire E 4).

Mais cela n'est possible que s'il ne s'est pas écoulé un délai supérieur à un mois entre la fin de la période d'assurance accomplie dans le pays où vous étiez occupé en dernier lieu et le début de la période d'assurance en France.

Cessation des prestations

La législation française prévoit que les prestations sont supprimées à l'expiration d'un délai d'un mois suivant

la date à laquelle vous cessez d'être affilié, étant bien précisé que les périodes durant lesquelles sont versées les indemnités journalières sont assimilées à des périodes d'affiliation.

Prestations

A. SOINS

Ces prestations comprennent la couverture des frais de médecine générale et spéciale, de soins et prothèse dentaires, de pharmacie, d'hospitalisation, de traitement dans les établissements de cure, de certains frais de déplacement ainsi que des frais d'interventions chirurgicales et d'appareillages.

1. Frais médicaux

Sauf exception, les soins vous sont assurés, sans participation financière de votre part, par un médecin agréé de la société de secours minière et rémunéré forfaitairement.

Vous devez soit utiliser le carnet médical qui vous a été remis par la société de secours minière, soit vous procurer auprès de cet organisme ou de son correspondant local une feuille de maladie.

En ce qui concerne les spécialistes, vous pouvez :

— soit recourir à un chirurgien ou médecin spécialiste dépendant d'un établissement sanitaire géré par la société de secours minière lorsqu'il en existe un ;

— soit faire appel, après avoir obtenu l'accord de la société de secours minière, à un chirurgien ou médecin spécialiste ne dépendant pas d'un tel établissement.

Dans ce dernier cas, vous réglez directement les honoraires du praticien et pouvez obtenir ensuite leur remboursement, compte tenu des tarifs appliqués dans le régime général des assurances sociales.

2. *Frais pharmaceutiques*

En règle générale, vous ne supportez qu'une très modique participation aux frais d'achat de médicaments (médicaments ou spécialités agréés), d'analyses et d'examens de laboratoire.

Dans certains cas, cette participation est réduite ou supprimée.

3. *Hospitalisation*

La société de secours minière prend en charge les frais d'hospitalisation soit partiellement (minimum: 80% du tarif de l'hôpital public), soit intégralement (en cas de séjour dans un établissement hospitalier minier ou en cas d'une durée d'hospitalisation supérieure à 30 jours).

4. *Un accord préalable* de la société de secours minière est notamment nécessaire pour :

- la consultation d'un médecin spécialiste,
- certains traitements ou interventions chirurgicales,
- la fourniture d'appareils et accessoires,

- les cures thermales ou climatiques,
- l'hospitalisation dans un établissement non géré par les organismes miniers.

5. *Contrôle des malades*

L'affilié (et les membres de sa famille) doivent :

- se soumettre aux visites médicales et aux contrôles organisés par la société de secours minière,
- se soumettre aux traitements prescrits par le service médical, sous le contrôle de la société de secours minière,
- s'abstenir de toute activité non autorisée,
- accomplir les exercices et travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation et son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, le service des prestations peut être suspendu, réduit ou supprimé.

De plus, le malade ne doit pas, durant sa maladie, quitter la circonscription de la société de secours minière à laquelle il est rattaché, sans autorisation préalable.

Dans le cas où il désirerait se rendre dans l'un des autres Etats de la Communauté économique européenne, consultez le Guide n° 2, *Séjour temporaire* ou le Guide n° 3, *Transfert de résidence*.

B. INDEMNITE JOURNALIERE

En cas d'interruption de travail, la société de secours minière doit en être aussitôt avisée.

L'indemnité n'est accordée qu'à l'affilié lui-même, en cas d'incapacité physique constatée par le médecin de continuer ou de reprendre le travail.

1. *Elle est forfaitaire*; elle est fixée en fonction du salaire d'une catégorie déterminée d'ouvrier mineur. Son montant est donc indépendant de votre salaire personnel.

2. *Elle est due* (pour chaque jour ouvrable ou non) à partir du 4^e jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et peut être servie jusqu'à la fin de la 3^e année d'interruption de travail.

Il est précisé que le service de cette indemnité peut, dans certaines conditions, être poursuivi au delà du délai de 3 ans pendant une durée fixée par la société de secours minière, qui ne peut excéder un an.

3. *En cas d'hospitalisation*:

— l'indemnité est maintenue intégralement si l'affilié a au moins deux membres de sa famille à charge, même si celle-ci réside dans l'un des 5 autres pays de la Communauté économique européenne;

— elle est réduite dans les autres cas.

II. MATERNITE

Bénéficiaires

Ce sont:

- l'affiliée;
- la femme de l'affilié, sous réserve qu'elle remplisse les conditions prévues au chapitre Maladie;
- les enfants à charge tels qu'ils sont définis au chapitre Maladie.

Conditions d'octroi

Le bénéficiaire doit avoir été affilié au régime de sécurité sociale dans les mines à la date de la première constatation médicale de la grossesse.

Couverture des frais de soins

L'assurance maternité couvre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Dans la plupart des cas, les intéressés ne supportent aucune participation.

Dès que la femme est certaine de son état, dont elle doit justifier médicalement, elle est tenue de le déclarer à la société de secours minière à laquelle elle est affiliée.

Cette déclaration doit être faite le plus tôt possible (avant la fin du 3^e mois), autrement elle risque de perdre

certains droits, en particulier les allocations prénatales versées par la caisse d'allocations familiales.

Elle doit également subir au moins trois examens prénataux et un examen post-natal.

Ces examens sont effectués par des praticiens agréés par le régime minier.

Toutes indications relatives à ces examens figurent sur le carnet maternité remis à la future mère par la société de secours minière.

Indemnités

1. Indemnité journalière

Une indemnité journalière de repos est versée à l'affiliée (personnellement assurée).

Cette indemnité est égale à l'indemnité journalière de maladie.

Elle est attribuée pendant les six semaines qui précèdent la date présumée de l'accouchement et les huit semaines qui suivent celui-ci à condition :

— que l'intéressée ait cessé tout travail salarié durant la période d'indemnisation ;

— et que la durée du repos ne soit pas inférieure à 6 semaines.

Elle peut être supprimée si la mère ne se conforme pas aux prescriptions de la société de secours minière, ou si cette dernière ne peut exercer son contrôle.

2. Allocations mensuelles d'allaitement

Elles varient suivant que l'allaitement est maternel ou artificiel.

III. DECES

En cas de décès de l'affilié, les sociétés de secours minières garantissent le paiement d'une allocation.

Bénéficiaires

- Le conjoint,
- à défaut, les descendants,
- à défaut, les ascendants,
- exceptionnellement, à la place des bénéficiaires normaux, toute personne qui a vécu au foyer du défunt pendant la période de 6 mois précédant le décès et qui était à sa charge pendant la même période,
- à défaut, toute personne qui a contribué, d'une manière continue et suffisante, à l'entretien du défunt, à la place des bénéficiaires normaux pendant 6 mois au moins avant le décès et a assumé la charge des frais funéraires.

Conditions d'octroi

Le décédé doit avoir été affilié au régime de sécurité sociale dans les mines à la date du décès.

L'allocation est accordée même en cas de décès survenu à la suite d'un accident du travail.

Allocation

A. Formalités à remplir

La demande d'allocation doit être faite dans le délai d'un mois à compter du jour du décès.

Les pièces à fournir et, notamment, toutes pièces susceptibles de justifier que le requérant réunit les conditions précisées ci-dessus seront indiquées par la société de secours minière.

B. Montant

L'allocation est actuellement (1) fixée à 802,63 NF. Elle est majorée de 111,85 NF par orphelin de moins de 16 ans.

IV. ASSURANCE VOLONTAIRE

Voir chapitre IV du Régime général.

V. COTISATIONS

Le taux de la cotisation pour les risques maladie, maternité, allocation-décès, est de 9% du salaire perçu, réparti ainsi: 7% (exploitant), 2% (travailleur).

Le salaire n'est pas pris en compte pour la fraction dépassant 8 400 NF par an. (2)

VI. LITIGES-RECOURS

Voir chapitre VI du Régime général.

(1) 1^{er} juillet 1960.

(2) 1^{er} juillet 1961.

AVIS TRES IMPORTANT

Le texte ci-dessus ne constitue pas un exposé complet des dispositions légales ou réglementaires. Il ne reprend que des dispositions générales et l'on ne peut donc en tirer des conclusions définitives pour la solution des cas d'espèces.

Dès lors, afin de vous éviter toute déconvenue, adressez-vous à votre caisse pour tous renseignements au sujet de votre cas.

SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
8008*/1/III/1961/5