

Le régime andorran de sécurité sociale

- I. [Généralités](#)
- II. [Assurance maladie](#)
- III. [Assurance maternité et congé paternité](#)
- IV. [Accidents du travail et maladies professionnelles](#)
- V. [Invalidité](#)
- VI. [Assurance vieillesse](#)
- VII. [Assurance décès](#)
- VIII. [Prestations familiales](#)

I. Généralités

1. Structure

Le régime andorran de sécurité sociale est obligatoire pour tous les travailleurs exerçant une activité salariée en Andorre. Il est devenu obligatoire pour les travailleurs indépendants à partir du 1er novembre 2012.

Le régime andorran de sécurité sociale couvre les risques maladie, maternité, accidents du travail, invalidité, vieillesse et décès. Il est géré par la caisse andorrane de sécurité sociale en trois branches distinctes :

- la branche maladie qui recouvre les prestations de maladie, maternité, accidents du travail et invalidité,
- la branche vieillesse,
- la branche prestations familiales créée par la Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 et entrée en vigueur en novembre 2009.

[La Caixa Andorrana de Seguretat Social \(CASS\)](#) - Joan Maragall, 3 - Andorra la Vella - Principat d'Andorra - Tél. : (376) 870.836 - Fax : (376) 870.887 - E-mail : cass@cass.ad, assure le recouvrement des cotisations des travailleurs salariés et le versement des prestations exceptées les prestations familiales.

Pour les travailleurs indépendants, les coordonnées du service du recouvrement au sein de la CASS sont :

- tél. : (376) 870 807
- courriel : comptepropi@cass.ad.

Les prestations familiales sont financées par l'Etat.

Depuis le 22 août 2014, date d'entrée en vigueur de la Loi n° 6/2014 du 24 avril 2014, la branche famille est gérée par le [Ministère de la Santé et du Bien-Etre \(Ministeri de Salut i Benestar\)](#) - Avinguda Príncep Benlloch, n° 30 - Edifici Clara Rabassa - 4t pis - Andorra La Vella - Tél. : (376) 870.800 ou 874.800 - Fax: (376) 829 347 - Courriel : salut@govern.ad.

L'assurance chômage n'existe pas en Andorre.

2. Financement

Chacune des branches maladie et vieillesse a ses propres ressources et un équilibre indépendant. Le régime repose uniquement sur les cotisations versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants.

Les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants cotisent et sont couverts pour les mêmes risques.

Travailleurs salariés

Taux de cotisation au 1er janvier 2014		
Risques	Part patronale	Part salariale

Taux de cotisation au 1er janvier 2014		
Risques	Part patronale	Part salariale
Maladie	7 %	3 %
Vieillesse		
- Classe A	7,5 %	2,5 %
- Classe B	7,5 %	5,0 %
- Classe C	7,5 %	7,5 %

La base de cotisation est constituée par le salaire brut. L'assuré choisit librement entre trois classes de cotisations vieillesse.

Le salaire minimum mensuel garanti est de 962 € depuis le 1er janvier 2013 pour 40 heures de travail.

Travailleurs indépendants

Taux de cotisation au 1er janvier 2014	
Risques	Taux en %
Maladie	10,00 %
Vieillesse	
- Classe A	10,00 %
- Classe B	12,50 %
- Classe C	15,00 %

Le revenu mensuel moyen servant de base aux cotisations des travailleurs indépendants est de 1.990,21 € pour 2014.

Le travailleur indépendant cotise pour les mêmes risques et aux mêmes taux de cotisations sociales (salariales et patronales) que le travailleur salarié.

Les cotisations correspondent à un pourcentage du revenu mensuel moyen (1.990,21 € pour 2014) en fonction de la classe de cotisation choisie pour la vieillesse, soit :

- 20,00 % (taux maladie + taux vieillesse) du revenu mensuel moyen pour la classe A, la cotisation mensuelle s'élève à 398,04 € ;
- 22,50 % du revenu mensuel moyen pour la classe B, la cotisation mensuelle s'élève à 447,80 € ;
- 25,00 % du revenu mensuel moyen pour la classe C, la cotisation mensuelle s'élève à 497,55 €.

Des réductions de cotisations (entre 25 % et 75 %) peuvent s'appliquer en fonction des résultats annuels de l'exercice précédent.

Les travailleurs indépendants titulaires d'une retraite ne paient que la cotisation maladie et peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation en fonction des résultats de l'exercice précédent. La cotisation maladie sera alors calculée sur 75 % du revenu mensuel moyen.

II. Assurance maladie

1. Bénéficiaires

Il s'agit de l'assuré (travailleur salarié ou indépendant) et de ses ayants droits (conjoint sans activité, enfants de moins de 18 ans ou moins de 25 ans lorsqu'ils poursuivent des études).

Peuvent également avoir la qualité d'ayant droit, les ascendants de l'assuré ou de son conjoint, âgés de plus de 65 ans qui habitent chez l'assuré et qui ne sont pas bénéficiaires d'une pension de retraite ou qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

Sur décision du conseil d'administration de la CASS, certaines personnes à charge ayant un lien de parenté avec l'assuré peuvent également avoir la qualité d'ayant droit.

2. Conditions

Pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie (nature et espèces), il faut être immatriculé et justifier de :

- lors de la première demande de prestations de 25 jours de cotisations et pour les demandes suivantes, si l'assuré a :
 1. moins d'une année de cotisation, au moins 15 jours de cotisations pendant les 25 jours précédant la demande de prestations ;
 2. plus d'un an et jusqu'à 3 ans de cotisation, au moins 10 jours de cotisations pendant les deux mois précédant la demande de prestations ;
 3. plus de 3 ans et jusqu'à 5 années de cotisation, au moins 5 jours de cotisations pendant les trois mois précédant la demande de prestations ;
 4. plus de 5 ans de cotisation, une journée de cotisation avant la prestation.

3. Prestations en nature

Les frais sont remboursés à 75% du tarif de responsabilité pour les soins ambulatoires et à 90 % pour les frais d'hospitalisation.

En cas de maladie particulièrement coûteuse et sur décision de la caisse (avec accord du médecin conseil et du conseil d'administration), le remboursement peut atteindre 100% du tarif de responsabilité.

En cas de soins fournis par un prestataire n'ayant pas de convention avec la CASS, les frais sont remboursés à hauteur de 33 % du tarif de responsabilité, sauf en cas d'urgence.

4. Prestations en espèces (indemnités journalières)

Les indemnités journalières sont servies au travailleur en activité (salarié ou indépendant) qui, au moment de l'arrêt de travail remplit les conditions d'ouverture du droit mentionnées ci-dessus. Au-delà de 12 mois d'arrêt de travail, l'assuré doit justifier d'un minimum de 24 mois de cotisations dans les cinq ans précédant l'arrêt de travail.

Elles sont versées pendant :

- 60 jours si l'assuré a cotisé moins de 6 mois,
- 90 jours si l'assuré a cotisé plus de 6 mois et moins de 36 mois,
- 120 jours maximum si l'assuré a cotisé plus de 36 mois.

Les indemnités journalières sont payées après un délai de carence de 3 jours. Elles sont égales à :

- 53 % du salaire moyen des douze mois précédant l'arrêt de travail pour les travailleurs salariés,
- 53 % du revenu mensuel moyen de l'année précédente pour les travailleurs indépendants.

A partir du 31^e jour d'arrêt de travail, leur montant s'élève à 70 % du salaire mensuel moyen déterminé ci-dessus.

III. Assurance maternité et congé paternité

L'assurance maternité assure la prise en charge des frais liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que le service des prestations en espèces lors du repos pré et post natal de la mère, du congé d'adoption de la mère et/ou du père et du congé de paternité du père.

Pour obtenir les prestations de l'assurance maternité, l'assurée salariée doit justifier de 6 mois d'immatriculation au moment de l'accouchement ou de l'adoption et d'au moins 3 mois de travail durant ces 6 mois. L'assurée exerçant une activité indépendante doit justifier de 6 mois de cotisations précédant la date de l'accouchement ou d'adoption.

Les contrôles de grossesse au cours du 3e mois, 4e mois, 6e mois et 8e mois sont gratuits. Les autres actes sont payés par l'intéressé et la CASS procède au remboursement des frais selon les tarifs maladie en vigueur.

Les prestations en espèces sont servies pendant 16 semaines, y compris pour une adoption. A partir du deuxième enfant, deux semaines supplémentaires de congés sont accordées.

Le montant des prestations en espèces s'élève à :

- 100 % du salaire moyen des douze mois précédant l'arrêt pour les assurées salariées,
- 100 % du revenu annuel moyen de l'année précédente pour les personnes exerçant une activité indépendante.

Le congé de maternité peut commencer le jour de l'accouchement ou, au plus tôt 4 semaines avant l'accouchement. La mère doit s'arrêter obligatoirement durant 6 semaines après l'accouchement.

À partir de la 7e semaine, le congé peut être partagé entre le père et la mère. L'arrêt partagé doit obligatoirement être notifié par écrit à la CASS et aux entreprises des deux conjoints lorsque les bénéficiaires sont des travailleurs salariés.

La durée du congé de paternité est fixée à quatorze jours consécutifs.

IV. Accidents du travail et maladies professionnelles

Cette assurance vise pour les travailleurs salariés comme pour les travailleurs indépendants, les accidents survenus sur le lieu de travail, à l'occasion du travail et des accidents de trajet (uniquement pour les salariés), ainsi que les maladies professionnelles inscrites sur une liste.

Le bénéfice des prestations d'accidents du travail (en nature et en espèces) n'est pas lié à une condition de stage. Il suffit que l'intéressé soit en activité au moment de l'accident.

Les frais médicaux sont pris en charge à 100% du tarif de responsabilité de la caisse.

1. Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire, le travailleur peut prétendre à des indemnités journalières. Ces prestations sont servies sans délai de carence dès le premier jour d'arrêt.

Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire sont égales à :

- 66 % du salaire moyen des douze mois précédant l'arrêt de travail pour les travailleurs salariés,
- 66 % du revenu mensuel moyen de l'année précédente pour les travailleurs indépendants.

A partir du 31e jour d'arrêt de travail, leur montant s'élève à 80 % du salaire moyen déterminé ci-dessus.

2. Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, en fonction du taux d'incapacité, les prestations sont versées sous forme de capital ou de pension mensuelle, de la façon suivante :

- Si la diminution de la capacité de travail est inférieure à 10 %, l'assuré reçoit un capital égal à 3 fois le salaire mensuel moyen (moyenne des salaires des 12 mois précédant l'accident pour les travailleurs salariés ou revenu mensuel moyen de l'année précédente pour les travailleurs indépendants) ;

- Pour une diminution comprise entre 10 et 40 %, l'assuré reçoit 50 % de son salaire/revenu mensuel moyen ;
- Pour une diminution comprise entre 41 et 60 %, l'assuré reçoit 75 % de son salaire mensuel moyen ;
- Pour une diminution de plus de 60 %, l'assuré reçoit 100 % de son salaire mensuel moyen.

3. Décès (Survivants)

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle entraîne le décès de la victime, certains ayants droit peuvent prétendre à une rente de survivants.

Le conjoint survivant de plus de 55 ans peut choisir entre :

- le bénéfice d'une rente égale à 50% de la pension de vieillesse que percevait ou aurait pu percevoir le défunt,
- la perception pendant 60 mois d'une rente correspondant à 50 % du salaire/revenu moyen du défunt (avec un minimum de 60 % et un maximum de 120 % du salaire mensuel minimum garanti soit 962 € en 2014).

Les orphelins mineurs sans activité professionnelle peuvent prétendre à une pension d'orphelin égale à 30 % du salaire mensuel minimum garanti. En cas de décès des deux parents, les deux rentes d'orphelin se cumulent.

V. Invalidité

Pour prétendre à une pension d'invalidité, l'assuré doit présenter une diminution de sa capacité de travail d'au moins 60 % et justifier au moment de l'arrêt de travail suivi d'invalidité d'une durée d'assurance variable en fonction de son âge :

- pour l'assuré âgé de moins de 21 ans : 1 mois de cotisation
- pour l'assuré âgé entre 21 et 49 ans : $\text{âge} \times 3 - 54 = \text{nombre minimum de mois de cotisation}$
- pour l'assuré âgé entre 50 et 64 ans : 96 mois de cotisation

Le montant de la pension représente un pourcentage du salaire/revenu mensuel moyen de l'assuré (moyenne des salaires des 12 mois précédant l'invalidité pour les travailleurs salariés ou revenu mensuel moyen de l'année précédente pour les travailleurs indépendants) déterminé en fonction du groupe d'invalidité auquel le titulaire appartient :

Catégorie A :

- 1er groupe, 30 % du salaire/revenu mensuel moyen pour l'assuré pouvant exercer une activité professionnelle ;
- 2e groupe, 50 % du salaire/revenu mensuel moyen pour l'assuré pouvant exercer une activité professionnelle ;
- 3e groupe, 75 % du salaire/revenu mensuel moyen pour l'assuré ne pouvant exercer aucune activité professionnelle.

Les assurés des 1er et 2ème groupe de la catégorie A peuvent reprendre une activité à condition que :

- le total de la pension d'invalidité et de l'activité salariée ne dépasse pas le dernier salaire de l'assuré pour les travailleurs salariés,
- le total de la pension d'invalidité et des revenus de l'activité indépendante ne dépasse pas le dernier revenu mensuel moyen pour les travailleurs indépendants.

Catégorie B : 90 % du salaire/revenu mensuel moyen de l'assuré qui ne peut exercer aucune activité professionnelle et a besoin de l'aide d'une tierce personne pour les activités essentielles de la vie quotidienne.

Quand le titulaire d'une pension d'invalidité atteint 65 ans, sa pension est transformée en pension de retraite d'un même montant, ou supérieur si le calcul de la pension de vieillesse est plus favorable à l'assuré.

VI. Assurance vieillesse

1. Droits personnels

L'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse est fixé à 65 ans.

Pour ouvrir droit à pension de retraite, l'assuré doit avoir cotisé entre 85 et 144 mois pendant les 15 années précédant la demande de pension (60 % des cotisations au régime vieillesse doivent être acquises pendant les 15 dernières années de travail) ou pendant au moins 480 mois pour pouvoir demander une pension anticipée entre 58 et 65 ans ; dans ce cas, un coefficient de réduction est appliqué.

L'âge de la retraite peut être retardé de 7 ans si l'assuré a cotisé au moins pendant 84 mois au cours des dix dernières années ; un coefficient de majoration est alors appliqué.

L'assuré qui a cotisé entre 13 et 84 mois à l'assurance vieillesse a droit à un versement en capital à partir de 65 ans. La demande doit être faite pendant les trois années qui suivent l'âge de 65 ans, sous peine de perdre ses droits au versement.

Le montant de la pension est calculé sous forme de points. Les points sont obtenus en divisant les cotisations vieillesse (part employeur et part employé pour les travailleurs salariés, totalité pour les travailleurs indépendants) par le prix d'achat du point vieillesse pour le mois de référence. En fonction de la classe de cotisations choisie par l'assuré (voir partie financement), le nombre de points acquis est plus ou moins élevé.

Au moment de la liquidation, la pension de vieillesse est calculée de la façon suivante :

$[(\text{Total des points de retraite} \times \text{valeur du point au moment de la demande de pension}) / 12] - 3\%*$

* Les 3 % de cotisation maladie ne sont versés que si le montant total des points de retraite accumulé tout au long de la carrière est supérieur ou égal à 500 points.

Au 1er janvier 2014 la valeur du point retraite s'élève à 2,17099 €.

Si le conjoint du titulaire de pension est âgé de 65 ans et ne bénéficie d'aucun avantage de retraite, le montant de la pension peut être majoré de 10%.

2. Complément non contributif

Pour ouvrir droit au complément non contributif de la pension de vieillesse, l'assuré (travailleur salarié ou indépendant) doit réunir les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale à Andorre,
- justifier d'un salaire/revenu moyen de l'année précédent la demande de pension de vieillesse inférieur au revenu mensuel moyen (1.990,21 €),
- avoir cotisé à la branche vieillesse durant une période égale ou supérieure à 240 mois,
- la somme des 240 mensualités doit être égale ou supérieure à la somme de 240 mensualités de salaire minimum légal en vigueur (une actualisation du montant du salaire minimum mensuel légal est effectuée),
- le montant de la pension résultant des points de vieillesse acquis durant la carrière doit être inférieur à 50 % du salaire minimum mensuel garanti.

Le montant du complément non contributif est égal à la différence entre le montant qui correspond à la pension de vieillesse et 50% du salaire minimum mensuel garanti.

Ce montant peut être augmenté de 2,5% pour chaque année de cotisations supplémentaires pour atteindre un maximum de 100% du salaire minimum mensuel garanti.

3. Survivants

Une pension de survivants peut être liquidée au bénéfice du conjoint survivant ou des orphelins mineurs, sous réserve de l'accomplissement par l'assuré décédé d'au moins :

- 36 mois d'assurance au cours des 48 mois précédant le décès, si l'assuré à moins de 30 ans,
- 60 mois d'assurance au cours des 72 mois précédant le décès, si l'assuré a plus de 30 ans.

Le conjoint survivant âgé de plus de 55 ans peut prétendre à une pension de réversion égale à 50 % de la pension dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le défunt.

Le conjoint survivant âgé de moins de 55 ans a droit au versement d'une pension temporaire égale à 50 % de la base de calcul (salaire moyen des 12 derniers mois travaillés pour les travailleurs salariés et revenu mensuel moyen pour les travailleurs indépendants) pendant :

- 30 mois si le conjoint survivant a moins de 30 ans,
- 54 mois si le conjoint survivant a entre 30 et 45 ans,
- 60 mois si le conjoint survivant a entre 45 et 55 ans.

Les orphelins mineurs sans activité professionnelle peuvent prétendre à une pension d'orphelin égale à 30 % du salaire mensuel minimum garanti. En cas de décès des deux parents, les deux rentes d'orphelin se cumulent.

En cas de divorce, l'ex conjoint survivant peut bénéficier d'une pension temporaire calculée en fonction de la durée de vie commune avec le défunt.

4. Droit en matière d'assurance maladie

La pension garantit une couverture maladie avec un précompte de cotisations de 3 %, à condition que le montant des points retraite sur la base desquels l'avantage a été calculé soit supérieur ou égal à 500.

L'assuré retraité qui perçoit une pension de retraite dont le montant des points est inférieur à 500 et un complément non contributif, ne cotise pas et n'est pas couvert par la branche maladie.

VII. Assurance décès

Ouvrent droit au capital décès les assurés en activité au moment de leur décès.

Le capital décès est égal à 3 fois le salaire/revenu moyen de la dernière année d'emploi de l'assuré.

Il est versé par ordre de priorité :

- au conjoint survivant,
- aux enfants,
- aux ascendants,
- aux frères et sœurs.

VIII. Prestations familiales

La branche prestations familiales du régime andorran de sécurité sociale a été créée par la Loi 17/2008 du 3 octobre 2008. Elle est entrée en vigueur le 1er novembre 2009.

La Loi n° 6/2014 du 24 avril 2014 a réformé [les prestations familiales](#). Le décret du 3 septembre 2014 ([BOPA Núm. 53 - 10/09/2014 - Decret del 3-09-2014 d'aprovació del Reglament regulador de les prestacions familiars per fill a càrrec](#)) précise les conditions d'obtention et les montants des allocations familiales.

Les prestations familiales sont des prestations en espèces destinées à compenser partiellement les dépenses engagées par les familles ayant des enfants à charge et des revenus limités.

Elles sont servies aux assurés ayant à charge des enfants de moins de 18 ans ou 25 ans poursuivant des études et sous conditions de résidence et de revenus.

Conditions :

- résider en Andorre depuis 7 ans de façon continue,
- avoir un revenu mensuel inférieur à 1 LECS (*l'indar economic de cohesio social*) équivalent au salaire minimum soit 962 € + un pourcentage de ce même montant selon la composition de la famille, soit :
 - 1 LECS + 70 % pour un couple + 50 % par enfant de moins de 14 ans (+ 70 % par enfant de plus de 14 ans),
 - 1 LECS + 50 % ou 70 % par enfant + 20 % si famille monoparentale.

Le montant des prestations s'élève à 10 % du LECS (salaire mensuel minimum garanti : 962 € en 2014) pour chaque enfant, 20 % du LECS si l'enfant est handicapé.