

Le régime monégasque de sécurité sociale (salariés)

- I. Généralités
- II. Financement
- III. Assurance maladie
- IV. Assurance maternité et paternité
- V. Assurance invalidité
- VI. Capital décès
- VII. Pension de retraite
- VIII. Prestations familiales

I. Généralités

[Les caisses sociales de Monaco](#) regroupent :

- la caisse de compensation des services sociaux (CCSS) qui gère les assurances maladie, maternité, invalidité, décès et les prestations familiales des travailleurs salariés,
- la caisse autonome de retraite (CAR) qui gère le régime vieillesse par répartition des salariés,
- la caisse autonome de retraite des travailleurs indépendants qui gère l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants,
- la caisse d'assurance maladie des travailleurs indépendants qui assure la gestion de la maladie, de la maternité et des accidents pour les travailleurs indépendants.

La caisse de compensation des services sociaux dispose d'un budget d'action sociale permettant d'attribuer à ses assurés des prêts sans intérêts afin de les aider à équiper leur logement, acquérir du mobilier ou du matériel ménager indispensable, ou améliorer leur habitation principale ou encore de faire face à une période de crise (chômage, frais médicaux, paiement des loyers).

Il n'existe pas de régime d'assurance chômage et de retraites complémentaires à Monaco. Les personnes travaillant sur ce territoire cotisent aux régimes français d'assurance chômage et de retraites complémentaires. Les régimes AGIRC et ARRCO ont en effet été étendus aux entreprises de la principauté de Monaco. (Convention collective retraite et prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et Accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961).

L'association monégasque de retraite par répartition (AMRR) est compétente pour recevoir les adhésions.

II. Financement

Les cotisations sont payées dans la limite d'un plafond, différent pour les branches maladie et prestations familiales d'une part, et la branche vieillesse d'autre part.

La cotisation globale de 15,40 % à la charge de l'employeur comprend les cotisations de maladie et prestations familiales (15,10 %), la cotisation due au titre de la médecine du travail (0,25 %) et la cotisation versée à l'association pour la gestion de la caisse de garantie des créances des salariés (0,05 %). Cette cotisation est versée dans la limite d'un plafond mensuel de 8.150 €.

La cotisation pour la branche vieillesse est versée par l'employeur (7,96 % composé d'un taux fixe de 6,15 %, d'un taux d'ajustement de 0,80 % et d'un taux variable de 1,01 % permettant le financement des validations des périodes involontaires d'interruption de travail) et par le salarié (6,55 %) sur un plafond de 4.556 €.

A ces cotisations, il convient d'ajouter les primes relatives à l'assurance accidents du travail qui est gérée par des compagnies d'assurance privées, les cotisations d'assurance chômage et celles de retraites complémentaires qui sont les mêmes qu'en France. Les personnes travaillant sur ce territoire cotisent aux régimes français d'assurance chômage et de retraites complémentaires.

Le salaire minimum (SMIC) est de 1.610,57 € brut pour 169 h/mois au 1er janvier 2014.

Cotisations au 1er octobre 2014

Risques	Employeur	Salarié	Plafond mensuel
Maladie, Allocations familiales (CCSS)	15,40 %	-	8.150 €
Retraite (CAR)	7,96%	6,55 %	4.556 €
Chômage (UNEDIC)	4 %	2,40 %	12.516 € ¹

¹ Modifié au 1er janvier de chaque année

III. Assurance maladie

Le droit aux prestations de l'assurance maladie et maternité est lié à la possession d'un permis de travail.

Avant d'engager un salarié, l'employeur doit déposer une demande d'autorisation d'embauche après du service pour l'emploi monégasque. Une fois cette formalité accomplie le salarié reçoit une attestation d'immatriculation établie par la caisse de compensation des services sociaux. Ce n'est que lorsque le permis de travail est délivré que l'immatriculation devient définitive. Dans l'hypothèse d'un refus de délivrance du permis de travail, le droit aux prestations cesse à compter de la date du refus.

Le travailleur salarié qui cesse son activité et qui devient pensionné doit présenter une demande d'immatriculation auprès de la caisse monégasque en qualité de retraité.

1. Bénéficiaires

L'assuré dûment immatriculé peut bénéficier des prestations à condition de justifier d'une durée d'activité minimale à la date des soins. Il doit avoir accompli au moins 120 heures de travail au cours du mois civil ou des 30 jours précédant la date des soins, ou 200 heures au cours des trois mois, du trimestre civil ou des 90 jours précédant la date des soins. Toute période de perception d'une indemnité de remplacement (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, chômage) est assimilée à six heures de travail journalier.

Pendant les trois premiers mois d'immatriculation auprès de la CCSSS, les salariés nouvellement immatriculés à la Caisse de Compensation des Services Sociaux (CCSS), qui n'occupaient pas d'emploi salarié à Monaco ou à l'étranger bénéficient des prestations sans condition de durée d'activité.

Le droit aux prestations en nature et en espèces est maintenu pendant trois mois après la fin de l'activité à condition que les intéressés :

- n'aient pas commencé à exercer une nouvelle activité professionnelle
- ne puissent pas prétendre au bénéfice de prestations auprès d'un autre organisme d'assurance.

L'assuré ouvre droit aux prestations pour lui-même et ses ayants droit. Peuvent être considérés comme ayants droit :

- le conjoint de l'assuré à condition qu'il réside habituellement dans la Principauté de Monaco ou dans le département des Alpes-Maritimes, qu'il ne soit pas susceptible de bénéficier à quelque titre que ce soit de prestations en nature de l'assurance maladie au titre d'un autre régime obligatoire monégasque ou étranger ;
- les enfants à la charge de l'assuré, âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans en cas de poursuite d'études dans un établissement scolaire de la Principauté. Les enfants doivent résider habituellement à Monaco ou dans le département des Alpes-Maritimes. Si tel n'est pas le cas, leur éloignement doit être justifié par une poursuite d'études, des raisons de santé, ou une décision judiciaire.

2. Prestations en nature

a) Médecins

Les médecins conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels. Le montant des honoraires réclamés par un médecin conventionné varie en fonction des ressources de l'assuré. Pour chaque assuré la caisse détermine le quotient

familial en divisant tous les revenus des membres de la famille par le nombre de personnes vivant dans le foyer. Une fois le quotient familial déterminé, une carte est attribuée à l'assuré. Il existe trois types de cartes :

- la verte qui oblige le médecin conventionné à respecter les tarifs conventionnels ;
- la rose qui offre la possibilité au médecin conventionné de réclamer des tarifs supérieurs de 20 % aux tarifs conventionnels ;
- la bulle qui permet au médecin d'appliquer les tarifs en totale liberté. Dans ce cas là, le tarif est fixé par entente préalable entre le médecin et le patient.

Le montant du remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité de la caisse, quel que soit le montant des frais payés par le malade. Le taux de remboursement est fixe à 80 %, ou à 100 % en cas d'exonération du ticket modérateur.

Le tarif d'une consultation chez le médecin généraliste est de 28,70 € pour le détenteur d'une carte verte et de 34,44 € pour une carte rose. Si le praticien est conventionné, le montant du remboursement sera de 22,96 € avec un ticket modérateur de 20 %.

Pour une consultation chez un médecin spécialiste, le tarif est de 38,20 € pour le détenteur d'une carte verte et de 45,84 € pour une carte rose. Si le praticien est conventionné, le montant du remboursement sera de 30,64 € avec un ticket modérateur de 20 %.

Lorsque le malade consulte un médecin non conventionné il se verra appliquer un tarif d'autorité et ceci, quelle que soit sa carte. Le tarif d'autorité est de 7,51 € pour des soins dans la Principauté ou dans le département des Alpes-Maritimes. Les soins dispensés en France, en dehors du département des Alpes maritimes sont remboursés sur la base du tarif conventionnel français.

Pour donner lieu à remboursement, les médicaments doivent être prescrits par un praticien conformément aux indications thérapeutiques prévues et porter une vignette, ce qui signifie qu'ils sont inscrits sur la liste des médicaments remboursables. Tous les produits, même s'ils ont été prescrits, ne donnent pas lieu à remboursement. En règle générale, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais. Le remboursement, basé sur le prix de vente des produits, intervient sur présentation de l'ordonnance de prescription originale, des vignettes ainsi que du report du montant payé sur une feuille de maladie.

Comme pour les autres prestations, le taux du ticket modérateur est fixé à 20%.

b) Hospitalisation

En cas d'hospitalisation dans le secteur public du centre hospitalier Princesse Grace de Monaco, dans les hôpitaux publics français ou encore au centre cardio-thoracique de Monaco, l'assuré n'a pas à faire l'avance des frais, il règle uniquement le ticket modérateur qui reste éventuellement à sa charge ainsi que les suppléments pour chambre particulière. Pour les titulaires de la carte verte ou rose qui ne bénéficient pas de l'aide médicale gratuite, d'une mutuelle ou d'une assurance privée, la caisse prend en charge le ticket modérateur d'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation dans le secteur privé de l'hôpital Grace de Monaco ou d'un autre établissement privé de Monaco, autre que le Centre Cardio-thoracique, l'assuré doit faire l'avance des frais de séjour et d'honoraires. Les frais sont remboursés sur présentation des factures acquittées dans la limite du tarif du centre hospitalier Princesse Grace de Monaco ou du centre hospitalier universitaire de Nice.

c) Soins dentaires

Soins : les honoraires demandés par le dentiste conventionné sont payés en fonction de la couleur de la carte de l'assuré social comme pour les honoraires médicaux.

Prothèses : si la prothèse est une prothèse courante et de bonne qualité, les tarifs pour les titulaires des cartes vertes et roses seront limités. Ils devront être égaux à la base de remboursement pour les titulaires de la carte verte et ne devront pas être supérieurs de plus de 20 % de la base de remboursement pour les titulaires de la carte rose. Si la prothèse est d'une qualité supérieure, les montants des prothèses ne devront pas être supérieurs à deux fois le montant de la base de remboursement pour les titulaires de la carte verte, ni dépasser ce dernier montant majoré de 20 % pour les titulaires de la carte rose. Toutes les autres techniques de prothèses en dehors des prothèses courantes et les prothèses de qualité supérieure sont considérées comme des techniques spéciales, pour lesquelles le praticien fixe librement ses tarifs.

Orthopédie dento-faciale : la prise en charge avec exonération du ticket modérateur, est en principe limitée aux soins commencés avant l'âge de 16 ans. Quels que soient les honoraires demandés par le praticien et la technique utilisée, la base de remboursement est identique pour toutes les catégories de couleur de cartes.

Entente préalable : toute exécution de travaux de prothèse ou d'orthodontie est soumise à l'entente préalable de la caisse monégasque.

d) Lunettes

La caisse monégasque a conclu avec différents opticiens de la principauté et des communes limitrophes une convention tarifaire en vue d'améliorer les conditions de remboursement des lunettes correctrices. Les opticiens se sont engagés à appliquer pour les verres de qualité courante un prix maximum de vente au public et à mettre à la disposition des assurés de la caisse de compensation, au moins deux montures de forme standard, au prix maximum de 50 €. Quel que soit l'âge du bénéficiaire, les verres des lunettes fournies par un opticien non-conventionné sont remboursés sur la base du quintuple du tarif de responsabilité français applicable après l'âge de 16 ans.

3. Prestations en espèces

Pour pouvoir prétendre à des prestations en espèces de l'assurance maladie, l'assuré doit justifier d'une perte de salaire consécutive à un arrêt de travail et il doit avoir accompli, préalablement à l'arrêt de travail, une certaine durée de travail. Pour les six premiers mois d'indemnisation, il doit avoir accompli au moins 120 heures de travail au cours du mois civil ou des 30 jours précédant la date de l'arrêt de travail ou 200 heures au cours des trois mois, du trimestre civil ou des 90 jours précédant de l'arrêt de travail.

Si l'interruption de travail se prolonge au delà de six mois, l'assuré doit justifier à la date de l'arrêt initial, au moins 800 heures de travail au cours des quatre trimestres précédant, dont 200 heures au cours du dernier trimestre, ou 800 heures au cours des douze mois précédant, dont 200 heures au cours des trois derniers mois.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du salaire brut moyen perçu par le travailleur au cours des douze mois précédant, dans la limite du salaire sur lequel les cotisations ont été versées. Il ne peut toutefois être supérieur à la moitié du plafond de cotisation à la C.C.S.S. ramené sur une base journalière à 135,83 € depuis le 1er Octobre 2014. A partir du 31e jour de versement ininterrompu des indemnités journalières, si le travailleur a trois enfants ou plus à charge, le montant de l'indemnité journalière est porté aux 2/3 du salaire déterminé ci-dessus, sans pouvoir dépasser 1/45e du plafond mensuel de cotisation.

L'indemnité journalière est versée à compter du 4e jour d'arrêt de travail.

En cas d'hospitalisation, les indemnités journalières des assurés classés dans la catégorie "bulle" sont susceptibles d'être réduites de 1/5e si l'assuré a un enfant à charge, de 2/5e s'il est marié sans enfant, et de 3/5e s'il est célibataire ou veuf sans enfant à charge.

La durée d'indemnisation continue est de trois ans avec une possibilité de prolongation de cette durée d'une année.

IV. Assurance maternité et paternité

L'assurance maternité couvre les remboursements des frais médicaux exposés tout au long de la grossesse ainsi que les indemnités journalières.

Depuis juin 2006, les pères peuvent prétendre à des indemnités journalières de paternité.

1. Prestations en nature

À la suite de la déclaration de grossesse, la Caisse de compensation délivre un carnet de maternité qui matérialise l'existence d'un droit aux prestations de maternité et contient les imprimés nécessaires à l'obtention des remboursements des soins durant la grossesse, les indemnités journalières et les allocations prénatales attribuées au titre des prestations familiales.

Pour pouvoir prétendre aux prestations en nature de l'assurance maternité il faut justifier d'un mois d'immatriculation au cours des trois mois précédant celui au cours duquel se situe la date présumée de la conception, justifier d'une immatriculation qui n'a pas cessé de produire ses effets pendant la période comprise entre le début présumé de la grossesse et la première constatation médicale de celle-ci, avoir travaillé durant au moins 75 heures pendant chacun des

mois de la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel se situe le début de grossesse et le premier jour du mois au cours duquel est intervenue la première constatation de la grossesse.

Pour la future maman suivie par un médecin conventionné et en possession d'une carte verte, certains frais médicaux sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité de la caisse. Il s'agit des soins prévus dans le carnet de maternité, de ceux effectués à partir du sixième mois de grossesse ainsi que des séjours hospitaliers en liaison avec la maternité, dans la limite de 12 jours.

2. Prestations en espèces

a) Ouverture du droit

Pour pouvoir bénéficier des prestations en espèces, l'assurée doit justifier :

- soit à la date présumée de la conception,
- soit 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement,

de :

- 200 heures de travail au cours du trimestre civil,
- 200 heures au cours des trois mois précédant l'une des deux dates.

b) Montant

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 90 % du salaire brut journalier (dans la limite du salaire sur lequel les cotisations ont été versées) des douze mois précédant le début du congé maternité.

c) Durée

La durée du congé maternité est égale à 16 semaines (8 semaines avant l'accouchement et 8 semaines après). Pour l'arrivée du troisième enfant dans le foyer, la durée du congé est portée à 26 semaines (8 avant et 18 après). En cas de naissance multiple, le congé prénatal peut être porté à 12 semaines ou 24 semaines suivant le nombre d'enfants à naître ; le congé postnatal est fixé à 22 semaines.

Il est possible de reporter une partie du congé prénatal sur le congé postnatal, sur avis médical favorable, dans la limite de 4 semaines.

En cas d'adoption, un congé de la même durée que le congé postnatal est versé à compter du jour de l'arrivée de l'enfant au foyer. Le montant des indemnités journalières versées à l'occasion de ce congé est le même que celui des indemnités journalières de maternité.

3. Congé de paternité

Pour pouvoir ouvrir droit à un congé de paternité, le père doit justifier d'une durée minimale de travail (200 heures au cours du trimestre ou des 3 mois ou 120 heures au cours du mois ou des 30 jours précédant la naissance).

La durée du congé est fixée à 12 jours, ou 19 en cas de naissance multiple ou d'arrivée d'un 3e enfant dans le foyer. Ce congé peut être pris en partie ou en totalité mais ne peut pas être fractionné.

Le congé doit débiter dans les 4 mois qui suivent la naissance. Le montant de l'indemnité journalière est égal à 90 % du salaire brut journalier moyen soumis à cotisations au cours des 12 mois qui précèdent.

V. Assurance invalidité

1. Conditions d'ouverture des droits

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité il faut être âgé de moins de 60 ans¹, présenter une incapacité permanente mettant dans l'impossibilité de se procurer, dans quelque profession que ce soit, un gain supérieur à un tiers de la rémunération perçue par un salarié de la même catégorie professionnelle dans l'emploi qu'il occupait avant le début de l'interruption de travail ou la première constatation médicale de l'invalidité.

¹ Par dérogation, cette limite d'âge peut être repoussée à 62 ans, si le salarié ne peut faire valoir un droit à retraite (régime de base ou complémentaire) à Monaco, en France ou en Italie.

Le travailleur doit en outre, justifier de :

- 12 mois d'immatriculation pendant les 15 mois précédant :
 - soit la date du début de l'interruption de travail,
 - soit celle de la première constatation de l'invalidité,
- de 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois ou de 4 trimestres civils précédant, l'une des dates visées ci-dessus, dont 200 heures de travail salarié au cours des 3 derniers mois ou au cours du dernier trimestre civil précédant l'une de ces dates.

Récapitulation - Conditions d'ouverture des droits - Assurance Invalidité

Conditions	Arrêt à la date d'interruption du travail	Arrêt à la date de la 1ère constatation
Immatriculation	12 mois pendant les 15 mois précédant	12 mois pendant les 15 mois précédant
Travail salarié ou assimilé	800 heures au cours des 12 mois ou de 4 trimestres civils précédant dont 200 heures salarié au cours des 3 derniers mois	800 heures au cours des 12 mois ou de 4 trimestres civils précédant dont 200 heures salarié au cours des 3 derniers mois

2. Montant

Le montant de la pension d'invalidité est calculé sur la base du salaire brut mensuel moyen soumis à cotisations, au cours des 60 mois précédant la date du début de l'interruption de travail ou celle de la première constatation de l'invalidité, multiplié par :

- 30 % si l'invalidé est encore capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 50 % du même salaire si l'invalidé est incapable d'exercer une activité rémunérée.

Par ailleurs, si l'invalidé est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, il bénéficie d'une majoration de sa pension égale à 40 % du montant de la pension d'invalidité sans pouvoir être inférieur à un montant fixé par arrêté ministériel.

En cas d'hospitalisation, si l'invalidé est titulaire d'une carte "bulle", le montant de sa pension d'invalidité peut être réduit dans les mêmes conditions que les prestations en espèces de l'assurance maladie.

Montants maximum mensuels :

- 2.385 € pour une invalidité partielle supérieure à 66 %
- 3.975 € pour une invalidité totale

Montant minimum annuel : 10.430,40 €

3. Cumul

Après l'âge de 60 ans, la pension d'invalidité peut être maintenue avec le versement d'une pension de vieillesse, mais il est alors appliqué des règles anti cumul.

- Si l'invalidé est âgé de moins de 65 ans, le montant de la pension de retraite servie à 60 ans par un régime de retraite étranger est déduit du montant de la pension d'invalidité servie par le régime monégasque. Par contre, s'il s'agit d'une pension de vieillesse du régime légal monégasque, la pension d'invalidité continue à être servie normalement, le régime vieillesse ne versant, le cas échéant, que la différence entre le montant de la pension d'invalidité et le montant de la pension de vieillesse, lorsque le montant de la pension de vieillesse est supérieur à celui de la pension d'invalidité.

- Si l'invalidé est âgé de plus de 65 ans, les pensions de retraites du régime légal monégasque sont servies en priorité à la pension d'invalidité, une partie de la pension d'invalidité continue à être versée, uniquement lorsque le total des pensions de vieillesse est inférieur au montant de la pension d'invalidité. Il est alors versé la différence entre le total des pensions de vieillesse et le montant de la pension d'invalidité.

4. Garantie de ressources pour les invalides

Le montant de la pension d'invalidité peut être porté, sous conditions de ressources, à un montant égal à 2/3 du SMIC, arrondi à l'euro supérieur, soit 3.222 € par trimestre à compter du 1er janvier 2014. Cette disposition n'est applicable qu'aux invalides âgés de moins de 65 ans.

Le montant du complément est égal à la différence entre 2/3 du SMIC et la totalité des ressources de l'invalidé.

VI. Capital décès

En cas de décès d'un travailleur ou d'un titulaire de pension d'invalidité remplissant les conditions d'ouverture de droits pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie, un capital décès peut être servi aux personnes qui, au jour du décès, se trouvaient à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois qui suit le décès, le versement s'effectue par ordre de préférence aux personnes suivantes :

- conjoint survivant, non séparé de droit ou de fait ;
- enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis dont l'assuré était le tuteur ;
- ascendant au premier degré ;
- ascendant au deuxième degré.

Montant

Le capital décès est égal à 90 fois le salaire journalier servant de base au calcul des cotisations ou de la pension d'invalidité. Le montant du capital décès ne peut pas être inférieur, ni supérieur à des montants fixés par arrêté ministériel, soit pour 2014 :

- 407,50 € au minimum
- 24.450 € au maximum.

VII. Pension de retraite

Le régime de retraite géré par la caisse autonome de retraite (CAR) repose sur un système de répartition par points. Le nombre de points acquis au cours d'une année est égal au montant des salaires bruts divisés par le salaire de base en vigueur dans la limite de 4 points par mois. En effet, le plafond de cotisation est fixé automatiquement à quatre fois le salaire de base (1.139 € au 1er octobre 2014), de sorte que le nombre de points acquis chaque mois ne soit pas supérieur à 4.

Les périodes d'interruption de travail indemnisées au titre de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de chômage, qui font suite à une période d'activité auprès d'un employeur adhérent à la caisse autonome de retraite, donnent également lieu à l'attribution de points de retraite calculés sur la base d'un salaire reconstitué.

Le montant annuel de la pension est déterminé en multipliant le nombre de points acquis durant toute la vie active de l'assuré par la valeur du point au moment de la liquidation de la pension.

S'agissant des retraites complémentaires, il n'existe pas de régime spécifique à Monaco. Les personnes travaillant sur ce territoire cotisent aux régimes français de retraites complémentaires. Les régimes AGIRC et ARRCO ont en effet été étendus aux entreprises de la principauté de Monaco (Convention collective retraite et prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et Accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961).

Les Commissions paritaires de l'AGIRC et de l'ARRCO ont décidé de maintenir l'application des conditions particulières de liquidation des pensions AGIRC-ARRCO jusqu'au 1er janvier 2017.

Les assurés qui obtiennent une pension de retraite locale justifiant que l'activité salariée exercée sur le territoire monégasque représente au moins 50 % de la durée d'activité totale validée par les régimes AGIRC et ARRCO, sans

abattement à l'âge de la liquidation de la retraite de base locale, peuvent obtenir la liquidation des pensions AGIRC-ARRCO sans abattement.

1. Âge d'ouverture du droit

a) Les droits à pension de vieillesse sont ouverts à partir de

- **65 ans, pour une pension normale**, sous réserve de cesser toute activité professionnelle ou de n'exercer qu'une activité minimale, ne plus bénéficier d'indemnités au titre de l'assurance chômage, de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du travail ;
- **55 ans, pour une pension anticipée**, sous réserve de cesser toute activité professionnelle et de ne percevoir aucune indemnité au titre de l'assurance chômage, de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du travail ; pour les femmes qui n'exercent plus d'activité ou qui ne bénéficient pas d'indemnités de remplacement et qui ont élevé trois enfants, pendant huit ans, avant leur seizième anniversaire ;
- **en cas de report de la liquidation de la pension après 65 ans**, le montant de la pension est majoré, par trimestre de report de 1,50 % du nombre total de points acquis au cours de la carrière complète. Cette majoration ne peut toutefois pas être supérieure à 30%, la limite est donc atteinte à l'âge de 70 ans.

b) Durée d'activité

Le salarié doit justifier à la date de la demande d'une activité salariée d'au moins 10 années civiles, dont 60 mois de travail effectif. Il existe, pour l'ouverture des droits au regard du régime de retraite de la caisse autonome, des règles de coordination avec les autres régimes monégasques d'assurance vieillesse (régimes spéciaux, indépendants).

c) Montant de la pension

Le montant mensuel de la pension est égal à la formule suivante :

Nombre total de points acquis durant la carrière x par la valeur du point / 12.

La valeur du point au 1er octobre 2014 est fixée à 18,37 €.

2. Survivants

Les conjoints et les orphelins peuvent prétendre à des pensions de survivants. Les droits ne sont ouverts que si le défunt était déjà pensionné ou s'il remplissait les conditions de durée d'activité pour prétendre à une pension de vieillesse. Le montant de la pension est égal à un pourcentage du montant de la pension acquise par le de cujus.

a) Conjoint

Le conjoint survivant doit justifier d'une durée de deux ans de mariage avant le point de départ de la pension de vieillesse du défunt ou quatre années de mariage au moment du décès. Si des enfants sont issus du mariage, la durée préalable de mariage est supprimée.

Pour le veuf, les droits sont ouverts à l'âge de 65 ans ou, 60 ans s'il est reconnu médicalement inapte à tout travail ou, dès le jour du décès, si à ce moment là il y a un enfant à charge. Dès le moment où l'enfant cesse d'être à charge, la pension est suspendue, si son titulaire ne remplit pas les conditions d'âge ou d'inaptitude pour l'obtention de celle-ci.

Pour la veuve, les droits sont ouverts avant 50 ans si au moins un enfant est à la charge du foyer au moment du décès, ou à partir de l'âge de 50 ans s'il n'y a pas d'enfant à charge.

Le montant de la pension est égal à 60 % de la pension dont bénéficiait ou dont aurait pu bénéficier l'assuré décédé.

Le droit à pension de réversion est supprimé en cas de remariage ou de concubinage.

b) Conjoint divorcé

Le conjoint survivant divorcé ou séparé de corps qui remplit les conditions fixées ci-dessus peut prétendre à une pension de réversion si, au moment du décès, son ex-conjoint lui versait une pension alimentaire. Dans ce cas là, la pension de

réversion est calculée sur la base des points acquis durant le mariage. Elle vient éventuellement en déduction de la pension servie au nouveau conjoint.

c) Orphelins

Le droit à pension d'orphelin est ouvert dès le jour du décès, à l'orphelin âgé de moins de 18 ans, 20 ans s'il est apprenti, ou 21 ans en cas de poursuite d'études.

Une pension d'orphelin peut être liquidée à condition que l'assuré décédé remplisse au moment du décès les conditions d'ouverture des droits à pension de vieillesse (10 ans d'activité dont 60 mois de travail effectif).

Le montant de la pension est égal à 25 % de la pension de l'assuré décédé s'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère et à 50 % du même montant s'il s'agit d'un orphelin de père et de mère.

3. Remboursement de cotisations

Le salarié qui ne remplit pas les conditions de durée de travail requises pour pouvoir bénéficier d'une pension peut obtenir à l'âge de 65 ans, le remboursement des cotisations salariales qu'il a versées. Il s'agit là d'un droit personnel qui n'est susceptible d'aucun droit à pension de survivants. Le montant du remboursement est indexé en fonction du salaire de base en vigueur à la date de la demande.

VIII. Prestations familiales

Le chef du foyer (personne qui assure de façon effective et habituelle l'entretien de l'enfant) qui exerce une activité, bénéficie des prestations familiales pour ses enfants âgés de moins de 21 ans, qui résident sous son toit ou pour qui l'éloignement est justifié pour des raisons de santé, de poursuite d'études ou d'un placement dans une institution dans l'intérêt de l'enfant.

Entre 6 et 16 ans, l'enfant doit satisfaire à l'obligation scolaire ; au delà de 16 ans, il doit poursuivre des études, être en apprentissage, être à la recherche d'un emploi ou être dans l'impossibilité de poursuivre des études ou de se livrer à une activité professionnelle.

Lorsqu'un enfant de plus de 18 ans exerce une activité professionnelle, tout en poursuivant ses études, il cesse d'avoir la qualité d'enfant à charge, dès lors que les revenus tirés de l'activité sont supérieurs au double du salaire de référence servant au calcul des allocations familiales (857,54 € par mois au 1er octobre 2014)

La caisse de compensation des services sociaux de Monaco sert des prestations légales et des prestations extra légales sur son fonds d'action sociale.

Les chômeurs indemnisés au titre d'une activité à Monaco et qui résident dans la Principauté peuvent prétendre aux prestations familiales du fonds social de la caisse de compensation. Les prestations servies sont alignées sur les prestations familiales légales.

1. Prestations légales

Les prestations familiales légales comprennent les allocations familiales et les allocations prénatales.

a) Allocations familiales

Pour pouvoir bénéficier des allocations familiales, le chef de foyer doit être immatriculé auprès de la caisse de compensation des services sociaux en qualité de salarié, d'invalidé ou de retraité. Les allocations familiales sont servies sous conditions de résidence sur le territoire monégasque. Elles sont dues à partir du premier enfant à charge et leur montant varie en fonction de l'âge de l'enfant. Lorsque le chef de famille est salarié, le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'heures de travail salarié ou assimilé effectuées chaque mois. Une mensualité entière d'allocations familiales lui est servie s'il a accompli au moins 145 heures de travail dans le mois. Si le nombre d'heures accomplies est compris entre 75 et 144 heures, le montant de la prestation est proratisé, en multipliant 1/145e de la mensualité entière, par le nombre d'heures réellement effectuées. Aucune prestation n'est servie si le nombre d'heures de travail est inférieur à 75.

Les prestations familiales dues au titre d'un mois donné sont payées entre le 10 et le 30 du mois suivant les enregistrements des heures de travail déclarées.

Montant des Allocations familiales pour une mensualité entière au 1er octobre 2014 :

- 0 à 3 ans : 141,50 € par enfant
- 3 à 6 ans : 212,20 € par enfant
- 6 à 10 ans : 254,70 € par enfant
- 10 à 21 ans : 297,10 € par enfant

Si le chef de foyer est retraité et s'il relève de la caisse de compensation pour sa couverture maladie, il ouvre droit aux allocations familiales pour ses enfants à charge, dès lors, que le droit à pension a été acquis en fonction des seules périodes d'assurance à Monaco dans un régime de salarié.

b) Allocations prénatales

Pour pouvoir prétendre à ces prestations le chef de foyer doit être immatriculé à la caisse de compensation des services sociaux en qualité de salarié, d'invalide ou de retraité et résider sur le territoire monégasque.

La déclaration de grossesse doit avoir été effectuée auprès des organismes sociaux, dans les trois mois de la date présumée de la conception, et la mère doit se soumettre en temps voulu aux examens médicaux obligatoires (3e, 6e, et 8e mois de grossesse et examen postnatal). Si la déclaration de grossesse n'a pas été effectuée ou si les examens médicaux ne sont pas passés en temps voulu, la mensualité correspondante de l'allocation peut ne pas être servie.

Si le chef de foyer est salarié, il doit justifier au cours du mois précédant le versement de la mensualité d'au moins 75 heures de travail salarié ou assimilé. Si le nombre d'heures de travail est inférieur pour un mois considéré à 75 heures, la mensualité d'allocation prénatale ne sera pas servie.

Les allocations prénatales sont servies en trois fractions (montants au 1er octobre 2014) :

- 1ère fraction : deux mensualités sur justification des examens médicaux prévus au 3e mois de grossesse, (141,50 x 2 = 283 €)
- 2e fraction : quatre mensualités sur justification de la réalisation des examens médicaux prévus au 6e mois de grossesse, (141,50 x 4 = 566 €)
- 3e fraction : trois mensualités sur justification de la réalisation des examens médicaux prévus au 8e mois de grossesse et de l'examen postnatal (141,50 x 3 = 424,50 €).

En cas de naissance multiple, chaque enfant ouvre droit rétroactivement au bénéfice de l'allocation prénatale.

2. Prestations servies sur le fonds d'action sociale

a) Prime de scolarité

Cette prime, destinée à faire face aux frais d'acquisition de livres et de fournitures scolaires, est versée annuellement pour les enfants scolarisés (âgés de 5 ans et plus) à partir de la grande section de maternelle ou de la classe de douzième.

Pour pouvoir prétendre à cette allocation, il faut avoir bénéficié des allocations familiales servies par la caisse de compensation au titre de l'un des quatre derniers mois de l'année et avoir été allocataire pendant 7 mois au cours de l'année civile.

Le montant de l'allocation est fixé par les comités de la caisse, en fonction de la classe fréquentée par l'enfant et du lieu de scolarité [de 36 € minimum pour la fréquentation d'une classe maternelle en France, 67 € en cas de fréquentation d'une école à Monaco (grande section ou 12ème) à 427 € pour des études supérieures]. La prime est versée à partir de la fin du mois d'octobre.

b) Prime de fin d'année

La prime de fin d'année est versée aux personnes qui ont été allocataires de la caisse de compensation des services sociaux pendant quatre mois au cours de l'année civile, qui ont obtenu des prestations au cours des trois derniers mois de l'année, et dont le quotient familial ne dépasse pas 1.046 € pour l'année 2014. Le montant est uniforme quel que soit l'âge de l'enfant, soit 130 € par enfant, versé au mois de décembre.

c) Allocation exceptionnelle de rentrée en faveur des foyers

Pour pouvoir prétendre à cette prestation versée sous condition de ressources, il faut avoir un ou plusieurs enfants à charge ouvrant droit aux allocations familiales, avoir bénéficié des allocations familiales au cours du mois de juillet, justifier d'un quotient familial qui ne dépasse pas 1.046 € pour l'année 2015. Le montant de la prime est variable en fonction de l'âge de l'enfant (de 130 € pour un enfant âgé de 0 à 3 ans, 193 € entre 3-6 ans, 231 € entre 6-10 ans, 272 € pour un enfant de plus de 10 ans).

d) Allocation logement

Cette prestation a pour but d'aider certaines catégories d'assurés qui résident à Monaco et paient un loyer ou remboursent un prêt d'accession à la propriété. Peuvent bénéficier de l'allocation logement :

- les bénéficiaires des allocations familiales,
- les jeunes ménages mariés depuis moins de cinq ans et âgés chacun de moins de quarante ans au moment du mariage,
- les jeunes travailleurs âgés de moins de 25 ans,
- les célibataires en arrêt de travail pour maladie pendant plus de trois mois et qui ne bénéficient pas du maintien de leur salaire de la part de leur employeur,
- les invalides et les retraités âgés de plus de 60 ans.

Pour déterminer le montant de l'allocation logement il est tenu compte de la composition de la famille vivant au foyer, des ressources du foyer et du montant du loyer ou du montant du remboursement de l'emprunt pour les accessions à la propriété.