

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement
et de la gestion de la sécurité sociale
Bureaux 5 A (moyens
de financement et de la trésorerie)
et 5 B (législation financière)

Circulaire DSS/5 A/5 B n° 2000-21 du 12 janvier 2000 relative à l'affiliation au régime général de sécurité sociale sous condition de résidence et au versement de la cotisation

SS 1 132
307

NOR : MESS0030010C

Date d'application : 1er janvier 2000.

Références :

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Décret n° 99-1005 du 1er décembre 1999 relatif à la condition de résidence applicable à la couverture maladie universelle, pris pour l'application de l'article L. 380-1 du CSS et modifiant ledit code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (codifié à l'article R. 380-1 du CSS).

Décret n° 99-1012 du 2 décembre 1999 fixant les modalités de recouvrement de la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (codifié aux articles R.380-3 à R. 380-9 du CSS).

Décret n° 99-1013 du 2 décembre 1999 pris pour l'application de l'article L. 380-2 du CSS et modifiant ce code (troisième partie : Décrets) (codifié aux articles D. 380-1 à D.380-5 du CSS).

Décret n° 99-1042 du 13 décembre 1999 pris pour l'application du III de l'article 6 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la création d'une couverture maladie universelle et modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) (codifié à l'article D.161-2-1 du CSS).

Décret n° 99-1049 du 15 décembre 1999 portant diverses mesures d'application de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (notamment article 3 codifié à l'article R. 380-2 du CSS).

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales)

L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale institue un dispositif d'affiliation obligatoire au régime général de sécurité sociale, sous condition de résidence stable et régulière en France, pour les personnes qui n'ont droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. Aux termes de l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale, ces personnes sont affiliées sans délai et bénéficient immédiatement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime général. Ce dispositif s'applique à compter du 1er janvier 2000, date d'entrée en vigueur de la loi.

Selon les dispositions de l'article L. 380-2 du même code, les personnes ainsi affiliées au régime général sont redevables d'une cotisation dont le versement ne conditionne pas le service des prestations en nature des assurances maladie- maternité.

La présente circulaire tend à préciser les conditions d'affiliation et les modalités d'assujettissement, de calcul et de recouvrement de la cotisation.

I. - AFFILIATION AU RÉGIME GÉNÉRAL SOUS CONDITION DE RÉSIDENCE

Aux termes de l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale, toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai au régime général pour le risque maladie-maternité du fait de sa résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans l'un des départements d'Outre-mer mentionnés à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale.

Il est utile de souligner que l'affiliation au régime général sous condition de résidence revêt un caractère à la fois obligatoire et subsidiaire :

Le caractère obligatoire, qui constitue un progrès par rapport au régime d'assurance personnelle supprimé par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, s'exprime notamment par la résiliation de plein droit, prévue à l'article 18 de la loi du 27 juillet 1999 précitée, des contrats d'assurance portant sur les risques couverts par l'affiliation au régime général sous condition de résidence. Il est cependant précisé que si la garantie offerte par ces contrats excède celle qu'assure le régime général, le contrat peut naturellement être maintenu par un avenant qui ne doit alors concerner que la garantie supplémentaire, moyennant une réduction de la prime y afférente (art. 18 de la loi du 27 juillet 1999 précitée).

Ce caractère obligatoire se traduit également par la procédure d'affiliation d'office que, conformément à l'article R. 380-3 du code de la sécurité sociale, la caisse primaire d'assurance maladie -ou la caisse générale de sécurité sociale dans les départements d'Outre-mer, doit mettre en oeuvre en tant que de besoin en informant l'intéressé par tout moyen qu'il remplit les conditions d'affiliation au régime général sous condition de résidence.

L'affiliation à ce régime sous condition de résidence obéit à une logique de « subsidiarité » : ainsi, une personne ne peut relever de ce dispositif dès lors qu'elle peut prétendre au bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité du régime général à un titre autre que celui de sa résidence stable et régulière en France ou d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale, quel qu'il soit, en qualité d'assuré social, d'ayant-droit ou dans le cadre du maintien de droits.

A cet égard, il convient de rappeler que ce principe de « subsidiarité » s'applique notamment aux personnes rattachées au régime général et susceptibles de bénéficier, à ce titre, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Tel est par exemple le cas des étudiants (articles L.381-3 et suivants du code de la sécurité sociale), des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses (art. L. 381-12 et suivants du code précité), des détenus (art. L. 381-30 et suivants du même code), des élus locaux (art. L. 381-32 du même code) ou encore des artistes auteurs (art. L. 382-1 et suivants).

1. Modalités d'affiliation

La déclaration peut être faite par tout moyen à la caisse primaire d'assurance maladie de résidence de l'intéressé ou, pour les personnes sans domicile fixe, à la caisse primaire du lieu d'élection de domicile. Aux termes du troisième alinéa de l'article L. 161-2-1, cette élection

peut se faire soit auprès d'un organisme agréé à cet effet, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

En outre, aucune caisse primaire ne peut refuser de recevoir la déclaration de l'intéressé qui est alors affilié auprès de la caisse ayant reçu la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée d'un document attestant de la résidence stable du demandeur ainsi que, s'il y a lieu, d'un titre ou document attestant de la régularité de sa résidence en France, conformément aux termes de l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale.

2. Date de prise d'effet de l'affiliation au régime général sous condition de résidence

2.1. Cas général

L'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse primaire d'assurance maladie reçoit la déclaration que lui a faite l'intéressé. Le droit à prestations en nature de l'assurance maladie et maternité est ouvert à compter de cette même date.

2.2. Cas particuliers

Si la déclaration de l'intéressé n'est pas accompagnée des pièces justifiant de la stabilité et, s'il y a lieu, de la régularité de sa résidence sur le territoire, la caisse primaire dispose d'un délai de deux mois pour l'inviter à produire les pièces nécessaires dans les deux mois suivants et l'informer que, faute pour lui de fournir les pièces requises sur le fondement de l'article L. 161-2-1, il ne pourra être procédé à son affiliation. Celle-ci prend cependant effet à la date de la déclaration initiale si la caisse primaire d'assurance maladie n'a formulé aucune observation dans les deux mois suivant la réception par la caisse primaire de ladite déclaration.

Lorsque les pièces sont fournies par l'intéressé dans le délai de deux mois, l'affiliation prend effet à la date de déclaration initiale ou à la date à laquelle les conditions de résidence stable et régulière posées à l'article L. 380-1 sont remplies si cette dernière date est postérieure.

En outre, si les pièces attestant de la résidence stable et régulière sont produites postérieurement au délai de deux mois précité, l'affiliation prend effet à compter de la date à laquelle ces pièces sont fournies à la caisse primaire d'assurance maladie si l'intéressé remplit les conditions requises.

Enfin, l'affiliation d'office n'a pas d'effet rétroactif.

3. Détermination a posteriori de la caisse ou du régime de sécurité sociale compétent

3.1. Détermination a posteriori de la caisse compétente

Conformément aux dispositions de l'article R. 380-2 du code de la sécurité sociale, lorsque la demande d'affiliation comportant l'ensemble des pièces justificatives a été adressée à une caisse primaire d'assurance maladie autre que celle prévue à l'article R. 312-1 du code précité, la caisse qui a reçu la demande procède à l'affiliation provisoire et transmet le dossier à la caisse réglementairement compétente.

En outre, la caisse qui a procédé initialement à l'affiliation au régime général sur critère de résidence, même à titre provisoire, doit d'une part déterminer et saisir la caisse réglementairement compétente et, d'autre part, continuer à servir les prestations jusqu'à ce qu'elle soit assurée que la caisse compétente s'est substituée à elle. Il appartient à la nouvelle

caisse d'en informer l'intéressé ainsi que la caisse auprès de laquelle celui-ci a effectué sa demande d'affiliation initiale.

3.2. Détermination a posteriori du régime de sécurité sociale compétent

S'il apparaît que l'intéressé relève du régime général à un titre autre que celui résultant des dispositions de l'article L. 380-1, la caisse primaire d'assurance maladie en informe l'intéressé. Une telle situation est possible notamment si l'intéressé peut bénéficier des prestations en nature d'assurance maladie-maternité du régime général au titre d'un maintien de droit auprès de ce régime ou en qualité d'ayant droit.

Si l'intéressé relève d'un régime professionnel obligatoire autre que le régime général, il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie, conformément à l'article R. 380-2, de déterminer et de saisir l'organisme compétent. En pratique, l'organisme compétent sera dans les cas les plus fréquents un organisme conventionné du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou une caisse de mutualité sociale agricole.

Conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-2, la caisse primaire d'assurance maladie doit toutefois continuer de servir les prestations jusqu'à ce qu'elle se soit assurée que l'organisme compétent s'est substitué à elle. Il appartient donc à ce dernier d'en informer la caisse primaire d'assurance maladie ainsi que l'intéressé.

L'affiliation au régime général sous condition de résidence étant subsidiaire par rapport à l'affiliation sur critère professionnel, l'organisme compétent doit dans les meilleurs délais procéder à ces opérations.

D'une manière générale, il importe de rappeler qu'aux termes de l'article L. 161-15-2 du code de la sécurité sociale, les prestations servies par un régime restent à la charge de ce dernier même si l'assuré relève d'un autre régime.

II. - ASSUJETTISSEMENT À LA COTISATION

1. Critères d'assujettissement à la cotisation

1.1. Personnes assujetties

Conformément aux dispositions de l'article L. 380-2, les personnes affiliées au régime général sous condition de résidence sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond (cf. point 3.3 ci-dessous).

La cotisation est due par toute personne affiliée au régime général sous condition de résidence à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date d'effet de l'affiliation. Elle cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil de la date d'effet de la fin de l'affiliation au régime général au titre de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale.

1.2. Cas d'exonération

Les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé sont exonérés du paiement de la cotisation, en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale. Les personnes bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, qui bénéficient de plein droit de la protection complémentaire en matière de santé, sont automatiquement exonérées.

L'exonération prend effet à compter du premier jour du trimestre civil de la date d'effet de l'ouverture du droit à la protection complémentaire en matière de santé. L'exonération cesse à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date d'effet de la fin du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

2. Déclaration à la charge des assurés

L'article D. 380-5 du code de la sécurité sociale prévoit que l'affilié doit remplir une déclaration de ressources conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'imprimé de déclaration de ressources est adressé ou remis par la caisse primaire d'assurance maladie compétente à toute personne au moment de l'affiliation, y compris aux services sociaux et aux associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi qu'aux établissements de santé, qui ont vocation à aider les demandeurs à effectuer leur déclaration. Il est également adressé aux assurés avant le 1er août de chaque année pour chaque période annuelle de cotisation. Il n'est pas adressé aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, qui sont exonérés du paiement de la cotisation. Il leur est adressé lorsque leur droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à son terme.

La déclaration doit être retournée à la caisse primaire compétente au plus tard le 15 septembre. Lorsqu'il s'agit d'une nouvelle affiliation ou de la fin du droit à la protection complémentaire en matière de santé, la déclaration de ressources doit être retournée dans un délai d'un mois à compter de sa remise ou de son envoi par la caisse primaire à l'assuré. Une attention toute particulière doit être portée à l'accompagnement social des assurés lors de ces démarches administratives.

La caisse primaire d'assurance maladie peut demander, à l'appui de la déclaration de ressources, des pièces attestant des ressources, notamment :

- avis d'imposition ;
- déclaration fiscale des revenus.

Cette liste n'est pas limitative et les déclarations fiscales spécifiques à certaines catégories de revenus peuvent être demandées.

3. Calcul de la cotisation

3.1. Assiette de la cotisation

3.1.1. Revenus pris en compte

Les ressources prises en compte correspondent aux revenus définis au 1° du V de l'article 1417 du code général des impôts. Elles correspondent au revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition. Le tableau annexé en précise les composantes.

3.1.2. Revenus exonérés

Certains revenus, affranchis de l'impôt sur le revenu selon les dispositions de l'article 81 du code général des impôts, sont exonérés de la cotisation de l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit notamment :

- des prestations familiales ;
- du revenu minimum d'insertion ;
- de l'allocation aux adultes handicapés ;
- des indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit ;
- du minimum vieillesse.

3.2. Notion de foyer fiscal

3.2.1. Généralités

Les revenus pris en compte sont ceux de l'assuré et de ses ayants droits. De manière générale, ces revenus correspondent à ceux du foyer fiscal.

3.2.2. Cas particuliers

Lorsque le foyer fiscal ne comprend pas certains ayants droits, il convient d'additionner les revenus fiscaux de l'assuré et de ses ayants droits.

Lorsque le foyer fiscal comprend des personnes autres que l'assuré et ses ayants droits (par exemple, lorsqu'un jeune qui exerce une activité professionnelle demeure rattaché au foyer fiscal de ses parents), il convient de déduire du revenu fiscal de référence du foyer les revenus correspondant à la ou aux personne(s) non ayant(s) droit.

3.3. Abattement à la base

Pour le calcul de la cotisation, est appliqué à l'assiette de la cotisation un abattement forfaitaire, identique quelle que soit la structure du foyer.

Cet abattement correspond au montant annuel du plafond de ressources défini à l'article D. 380-4 du code de la sécurité sociale. Il est fixé à 42 000 francs pour les revenus 1999 au titre de la cotisation appelée pour la période courant du 1er octobre 2000 au 30 septembre 2001. Il est revalorisé chaque année, pour les revenus de l'année précédente, compte tenu de l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile précédente, publiée par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe ce montant, qui est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche.

3.4. Taux de la cotisation

Le taux de la cotisation, fixé à 8 %, est appliqué à l'assiette de la cotisation après déduction de l'abattement.

4. Liquidation de la cotisation et date d'exigibilité

La caisse primaire d'assurance maladie compétente est la caisse d'affiliation.

La caisse primaire d'assurance maladie vérifie les conditions de ressources et calcule la cotisation. Elle en assure la liquidation et procède à sa notification auprès de l'assuré.

La cotisation est calculée annuellement sur les revenus de l'année civile précédente, pour la période allant du 1er octobre d'une année au 30 septembre de l'année suivante et fait l'objet de paiements trimestriels au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil.

5. Modalités de recouvrement

5.1. Données générales

Le recouvrement est assuré par les URSSAF au vu des éléments transmis par la caisse d'affiliation (1). L'URSSAF compétente est celle dans la circonscription de laquelle se trouve la résidence habituelle de l'intéressé, et pour les personnes sans domicile fixe, l'organisme de domiciliation agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative ou le centre d'action communal ou intercommunal d'action sociale.

Les cotisations sont recouvrées au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil. Le seuil de non-mise en recouvrement visé à l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la cotisation. Ce montant, fixé à l'article D. 133-1 du code de la sécurité sociale, est applicable à chaque appel trimestriel de cotisation.

5.2. Taxation d'office

A compter de la date à laquelle elle constate que l'assuré n'a pas fourni la déclaration de ressources permettant de calculer la cotisation, la caisse primaire d'assurance maladie peut procéder à une taxation d'office (art. R. 380-5 du code de la sécurité sociale). Cette taxation ne doit intervenir que dans un délai compatible avec l'accompagnement social dont doivent bénéficier certains assujettis.

La taxation est calculée par la caisse primaire sur la base des éléments d'information dont elle dispose, obtenus par tout moyen, notamment des échanges avec les services fiscaux, ou à défaut, sur la base d'une assiette ne pouvant excéder cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale. La procédure engagée devra être adaptée à la situation de l'assuré, le recours au montant maximal défini ci-dessus ne devant se faire qu'en l'absence de tout élément permettant d'apprécier le niveau de ses ressources.

Cette taxation est notifiée par l'URSSAF à l'assuré par une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

5.3. Recouvrement forcé

Lorsque l'assuré a versé sa cotisation avec retard, il est fait application de majorations de retard prévues pour les cotisations du régime général. Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise ou d'une procédure amiable dans les conditions de droit commun du régime général (dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21 du code de la sécurité sociale).

Les règles de prescription de droit commun du régime général sont applicables à la cotisation due par les personnes affiliées au régime général de sécurité sociale sous condition de résidence : la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles dans les trois années qui précèdent son envoi et les majorations de retard correspondant aux cotisations exigibles dans ce délai, ou aux cotisations payées, doivent faire l'objet d'une mise en demeure avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations ayant donné lieu à leur application.

Les URSSAF ne sont plus tenues d'adresser aux caisses d'affiliation une attestation de versement. Néanmoins, un signalement doit être effectué à la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'il est constaté un incident de paiement. De même, en cas de reprise du paiement, l'URSSAF doit en informer la caisse primaire d'assurance maladie (cf. point 7).

6. Dispositions relatives aux anciens assurés personnels gérés par les caisses de mutualité sociale agricole

Les personnes affiliées à l'assurance personnelle au 31 décembre 1999 et gérées par les caisses de mutualité sociale agricole continuent d'être gérées par ces caisses à compter du 1er janvier 2000 : les caisses de mutualité sociale agricole servent les prestations et recouvrent les cotisations pour le compte du régime général selon les mêmes règles que celles applicables au régime général. En revanche les personnes qui ne relevaient pas de l'assurance personnelle au 31 décembre 1999 et qui relèvent du régime général sous condition de résidence à compter du 1er janvier 2000 ne peuvent pas être gérées par les caisses de mutualité sociale agricole.

7. Incidence du non-versement de la cotisation sur le service des prestations

Le service des prestations n'est pas subordonné au paiement de la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2. Notamment, l'absence de déclaration de ressources ou la mise en oeuvre d'une procédure de recouvrement forcé ne sauraient suspendre ce service.

Toutefois, aux termes des dispositions du III de l'article 6 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et de l'article D. 161-2-1 du code de la sécurité sociale, le versement des prestations en nature de l'assurance maladie peut être suspendu par le directeur de la caisse ou de l'organisme compétent si le défaut de paiement des cotisations d'assurance maladie est le fait de la mauvaise foi de l'assuré, y compris si celui-ci relève du régime général sous condition de résidence.

Il importe de préciser que cette décision de suspendre le versement des prestations ne peut en aucun cas affecter les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi et qu'une telle décision ne peut pas être prise à l'égard d'un assuré qui a été admis au bénéfice des dispositions prévues aux articles L. 331-1 et suivants du code de la consommation relatifs aux commissions de surendettement des ménages.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que, pour apprécier s'il y a mauvaise foi, l'article D. 161-2-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le directeur de l'organisme compétent, en l'espèce la caisse primaire d'assurance maladie, prenne en considération un faisceau d'indices caractérisant l'intention de ne pas payer les cotisations, parmi lesquels figurent notamment l'ancienneté et l'importance de la dette de l'assuré, le défaut de réponse pertinente aux courriers et l'existence d'une capacité contributive.

Dans la mesure où ce sont les URSSAF qui sont compétentes pour le recouvrement de la cotisation d'assurance maladie concernant les personnes affiliées au régime général sous condition de résidence, il importe donc que ces dernières informent systématiquement et régulièrement les caisses primaires d'assurance maladie des incidents de paiement ou, pour pouvoir rétablir l'assuré dans ses droits, du fait que l'assuré est à jour de ses cotisations ou qu'il respecte l'échéancier que lui a, le cas échéant, accordé l'URSSAF.

8. Statistiques

La CNAMTS devra disposer des éléments, relatifs à la cotisation due par les personnes affiliées au régime général sous condition de résidence, tels qu'énumérés ci-dessous :

- effectifs exonérés au titre de leur droit à la protection complémentaire en matière de santé ;
- effectifs qui n'acquittent pas la cotisation en raison de leur niveau de ressources (revenu inférieur au montant annuel du plafond de ressources) ;
- effectifs acquittant la cotisation, ventilés par tranche de revenus ;
- montant des cotisations liquidées (dont les taxations d'office).

L'ACOSS devra disposer, pour chaque période de cotisation, des éléments suivants :

- montants liquidés ;
- montants recouverts ;
- restes à recouvrer correspondants.

III. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

1. Dispositions relatives à l'affiliation des anciens assurés personnels

1.1. Cas général

Par souci de simplification, les personnes affiliées à l'assurance personnelle au 31 décembre 1999 sont dispensées de faire une déclaration auprès de leur caisse primaire de rattachement et relèvent ainsi sans formalité du régime général sous condition de résidence à compter du 1er janvier 2000.

1.2. Cas particuliers

Concernant les personnes qui, mentionnées aux 1^o, 3^o et 4^o de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale, étaient affiliées à l'assurance personnelle au 31 décembre 1999 (2), elles relèvent, sauf refus de leur part, du régime général sous condition de résidence à compter du 1er janvier 2000, étant rappelé que l'affiliation à ce régime ne présente pas un caractère obligatoire pour ces catégories de personnes, qui peuvent donc demander la résiliation de leur affiliation à tout moment. Compte tenu de l'article 19 de la loi du 27 juillet 1999 précitée et de la périodicité du paiement de la cotisation, ces personnes cesseront, en tout état de cause, d'être affiliées au régime au plus tard le 30 septembre 2002.

2. Dispositions relatives à la cotisation

Les personnes affiliées à l'assurance personnelle au 31 décembre 1999 ne sont pas tenues de déclarer leurs ressources avant la liquidation annuelle de cotisation du 1er octobre 2000 (art. 2 du décret n° 99-1013 du 2 décembre 1999). Toutefois, pour les personnes qui effectuent ou demandent à effectuer une déclaration de ressources avant cette date, la cotisation est calculée par la caisse primaire d'assurance maladie sur la base de l'assiette déclarée.

Pour la détermination de l'assiette de la cotisation afférente à la période comprise entre le 1er janvier et le 30 septembre 2000, s'appliquent les règles suivantes :

- a) En cas de nouvelle déclaration, sont utilisés les éléments fournis par la déclaration de ressources, prévue à l'article D. 380-5 (au titre des revenus perçus en 1998).
- b) En l'absence de nouvelle déclaration de ressources, il convient d'utiliser l'assiette ayant servi de base au calcul de la cotisation d'assurance personnelle du 1er juillet 1999 au 31 décembre 1999 (au titre des revenus perçus en 1998).

Lorsque cette assiette est une assiette forfaitaire, est retenue la base forfaitaire, soit :

- pour les élèves étrangers titulaires d'une bourse de leur gouvernement : un quart du plafond annuel de la sécurité sociale (somme des plafonds mensuels de l'année 1999) ;
- pour les travailleurs frontaliers (s'ils ne demandent pas à être radiés du régime général), personnes hospitalisées depuis plus de trois ans : un demi plafond annuel.

Pour les personnes dont la cotisation d'assurance personnelle faisait l'objet, avant le 1er janvier 2000, d'une prise en charge totale sur critère de ressources (notamment bénéficiaires de l'aide médicale et titulaires de l'allocation spéciale vieillesse), il n'est procédé à aucun appel de cotisation avant le 1er octobre 2000.

Pour les personnes dont la cotisation d'assurance personnelle faisait l'objet, avant le 1er janvier 2000, d'une prise en charge partielle par les CAF, la cotisation au régime général sous condition de résidence est calculée sur l'assiette ayant servi de base au calcul de la cotisation d'assurance personnelle jusqu'au 31 décembre 1999.

Pour les personnes ayant acquitté une cotisation forfaitaire avant le 1er janvier 2000 pour la

période allant du 1er juillet 1999 au 30 juin 2000 (élèves de l'enseignement secondaire ou des établissements d'enseignement agréés, âgés de moins de vingt-six ans et jeunes de moins de vingt-sept ans notamment), il n'est procédé à aucun appel de cotisation avant le 1er octobre 2000.

Pour les personnes affiliées à l'assurance personnelle dans le cadre d'un divorce pour rupture de la vie commune, la cotisation cesse d'être à la charge du conjoint à l'initiative du divorce, sauf disposition de justice contraire. Les personnes dont la cotisation était prise en charge acquitteront la cotisation au régime général sous condition de résidence, dans les conditions de droit commun, à compter du 1er octobre 2000.

Les règles relatives au plafond, à l'abattement, au taux et à l'exonération, présentées ci-dessus, sont appliquées à l'assiette ainsi définie. Pour la cotisation due entre le 1er janvier et le 30 septembre 2000, l'abattement est de 42 000 francs ; il est appliqué à l'ensemble des revenus de 1998 pris en compte pour le calcul de la cotisation.

3. Régularisations intervenant en 2000 au titre de l'exercice 1999

Les créances des URSSAF vis-à-vis des conseils généraux et des conseils généraux vis-à-vis des URSSAF, relatives à la prise en charge jusqu'au 31 décembre 1999 des cotisations d'assurance personnelle, doivent être régularisées dans les meilleurs délais.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire part des éventuelles difficultés soulevées par l'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
R. Briet

A N N E X E

Eléments à prendre en compte dans l'assiette de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du CSS

(1° du V de l'article 1417 du CGI : montant net des revenus et plus-values retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu au titre de l'année précédente, tel que pris en compte pour l'appréciation du critère d'exonération applicable en matière de taxe d'habitation).

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU DÉCLARÉ⁽¹⁾
Revenu fiscal de référence (de l'assuré et ses ayants droit) : (I - II + III)	Avis d'imposition	Néant
I. - Revenus pris en compte		
a) Traitements et salaires :		
Traitements et salaires avant tout abattement dont notamment : congés payés, stages, CES, allocation de préretraite progressive, allocation spécifique de conversion versée par l'ASSEDIC, compléments pour les organisations internationales, rémunérations des gérants et associés, avantages en nature, indemnités de préavis en cas de licenciement, partie imposable des apprentis sous contrat, indemnités journalières de maladie maternité imposables (mais pas IJ longue maladie ou accident du travail), allocations journalières imposables	Traitements et salaires avant tout abattement, tels que déclarés au cadre 1 de la déclaration n° 2042 (après déduction des cotisations de sécurité sociale).	Déduction forfaitaire de 10 % pour frais professionnels (et éventuellement déduction forfaitaire supplémentaire). La déduction forfaitaire de 10 % ne peut être inférieure à 2 320 F (2 310 F) ou 5 070 F (5 040 F) pour un demandeur d'emploi depuis plus d'un an, ni supérieure à 77 850 F (77 460 F).

<p>(allocation chômage partiel ou total versé par les ASSEDIC), indemnités de stage imposables (durée supérieure à 3 mois) (mais pas les bourses de l'enseignement supérieur). + Prérétraites lorsqu'elles sont imposées dans la catégorie des traitements et salaires.</p>		
---	--	--

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU DÉCLARÉ(*)	
		<p>La déduction forfaitaire supplémentaire ne peut être supérieure à 20 000 F (30 000 F). Déduction de frais professionnels pour leur montant réel et justifié.</p>	<p>Abattement de 20 %. Il se calcule sur le total des revenus nets concernés (total des traitements et salaires après déduction des frais professionnels, et des pensions et rentes viagères à titre gratuit après application de l'abattement spécifique de 10 %). Il est plafonné à 142 200 F (141 400 F). Ce plafond s'apprécie distinctement pour chaque membre du foyer fiscal.</p>
<p>b) Pensions, retraites et rentes :</p>			
<p>Pensions de retraites, pensions d'invalidité, pensions alimentaires reçues en espèce ou en</p>	<p>Montant des pensions, retraites et rentes déclarées au cadre 1 de la déclaration n° 2042.</p>	<p>Abattement forfaitaire de 10 % applicable aux retraites, pensions et rentes viagères</p>	<p>Abattement de 20 % : calcul commun à celui mentionné plus haut.</p>

<p>nature en exécution d'obligations du code civil (dans la limite d'un plafond de 20 480 F (20 370 F) dans le cas d'enfants majeurs), rentes viagères à titre gratuit (à l'exception de l'AVTS, des allocations du FSV et du FSI, des rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail, des pensions militaires d'invalidité, de l'AAH, du RMI, de l'allocation pour tierce personne).</p> <p>+ Préretraites lorsqu'elles sont imposées dans la catégorie des pensions, retraites et rentes.</p>		<p>à titre gratuit. Il ne peut être inférieur à 2 050 F (2 040 F) par titulaire de ces revenus. Il est plafonné à 20 100 F (20 000 F) pour l'ensemble du foyer fiscal.</p>	
--	--	--	--

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU DÉCLARÉ⁽¹⁾
<p>Rentes viagères à titre onéreux.</p>	<p>Montant des rentes viagères à titre onéreux déclarées au cadre 1 de la déclaration n° 2042.</p>	<p>Elles ne sont retenues que pour une fraction représentative du capital, déterminée d'après l'âge du rentier lors de l'entrée en jouissance de la rente (soit : 70 % si moins de 50 ans / 50 % entre 50 et 59 ans / 40 % entre 60 et 69 ans / 30 % au-delà de 69 ans).</p>
<p>c) Revenus d'activités non salariées :</p>		
<p>(Bénéfices agricoles, bénéfices des professions</p>	<p>Revenus avant tout abattement, déclarés au cadre 5 de la déclaration n°</p>	<p>- lecture directe du revenu à retenir ; - déduction d'un abattement</p>

<p>industrielles, commerciales et artisanales, bénéfiques des professions non commerciales et revenus assimilés)</p> <ul style="list-style-type: none"> - régime du forfait agricole ; - régime micro BIC ; - régime spécial BNC <p>- régimes du bénéfice réel, transitoire ou de la déclaration contrôlée.</p>	<p>2042 au titre de l'année concernée.</p>	<p>forfaitaire de 70 % (activités de vente à emporter ou à consommer sur place et de fourniture de logement) et de 50 % pour les prestations de service autres que le logement. Le montant de l'abattement ne peut être inférieur à 2 000 F ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - déduction d'un abattement forfaitaire de 35 % ; - abattement de 20 %, accordé aux adhérents d'un centre ou d'une association de gestion agréé. <p>Il est plafonné à 142 000 F (141 400 F). Ce plafond s'apprécie distinctement pour chaque membre du foyer fiscal.</p>
<p>d) Revenus fonciers :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - revenus nets fonciers (loyers, fermages, parts de SCI) ; - régime micro-foncier. 	<p>Revenus déclarés dans le cadre 4 de la déclaration n° 2042.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - lecture directe à retenir ; - déduction d'un abattement de 1/3 du revenu brut.

<p>ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE</p>	<p>SOURCE D'INFORMATION</p>	<p>ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU DÉCLARÉ⁽¹⁾</p>
<p>e) Revenus des valeurs et capitaux mobiliers :</p>		

- y compris l'avoir fiscal ou le crédit d'impôt.	Revenus déclarés dans le cadre 2 de la déclaration n° 2042, y compris l'avoir fiscal ou le crédit d'impôt (éventuellement imprimés bancaires).	Abattement annuel de 8 000 F pour les contribuables célibataires, veufs ou divorcés, et de 16 000 F pour les contribuables mariés soumis à l'imposition commune applicable exclusivement aux dividendes d'actions de sociétés françaises, aux produits de parts de SARL et EARL et aux intérêts des sommes inscrites en comptes bloqués d'associés.
f) Montant des plus-values mobilières et immobilières imposables		
(Cessions à titre onéreux).	Montant des plus-values mobilières et immobilières imposables déclarées au cadre 3 de la déclaration n° 2042, c'est-à-dire après application des abattements spéciaux et généraux et prise en compte du seuil de cession.	Lecture directe du revenu à retenir.

II. - Charges admises en déduction.

II. - Charges admises en déduction.		
ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU BRUT GLOBAL ⁽¹⁾ (somme des différents revenus catégoriels)

Déficits :		
Déficits de l'année en cours et déficits reportables des cinq années antérieures (à l'exception de certains déficits fonciers, des déficits agricoles dans certaines circonstances, des déficits d'activités non commerciales à caractère non professionnel, des déficits d'activités commerciales à caractère non professionnel).	Déficits déclarés cadre 4 de la déclaration n° 2042 en ce qui concerne les déficits fonciers imputables, cadre 5 pour les revenus d'activité non salariaux et cadre 6 pour les déficits des années antérieures.	Montant porté sur la déclaration.
Charges déductibles du revenu global :		
<ul style="list-style-type: none"> - CSG sur les revenus du patrimoine ; - pensions alimentaires versées à un ascendant ou à un descendant ; - frais d'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans ; - déductions diverses. 	Charges déclarées au cadre 6 de la déclaration n° 2042.	<ul style="list-style-type: none"> - montant figurant sur la déclaration ; - montant porté sur la déclaration (dans la limite d'un plafond de 20 480 F (20 370 F) par enfant dans le cas de pensions servies à un enfant majeur) ; - montant porté sur la déclaration (dans la limite d'un plafond de 17 910 F (17 840 F) par personne recueillie) ; - montant porté sur la déclaration.

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À DÉDUIRE DU REVENU BRUT GLOBAL ⁽¹⁾ (somme des différents revenus catégoriels)
Abattements spéciaux :		
<ul style="list-style-type: none"> - personnes âgées de plus de 65 ans ou invalides quel que soit leur âge ; - rattachement d'un enfant ayant fondé un foyer distinct ou célibataire, veuf, divorcé, chargé de famille. 	<ul style="list-style-type: none"> - pas d'information synthétique sur la déclaration n° 2042 pour procéder au calcul des ces abattements ; - informations figurant ligne N du cadre D de la déclaration n° 2042. 	<ul style="list-style-type: none"> - déduction d'une somme de 10 100 F (10 040 F) si le revenu net global n'excède pas 62 300 F (61 900 F) et de 5 050 F (5 020 F) si ce revenu est compris entre 62 300 F (61 900 F) et 100 600 F (100 100 F). Cet avantage est doublé pour les personnes mariées si les deux conjoints remplissent les conditions d'âge ou d'invalidité et si le revenu imposable du foyer fiscal n'excède pas les limites précitées. - abattement de 20 480 F (20 370 F) par personne rattachée.
<p>III. - Réintégration de certaines charges déduites et prise en compte de certains revenus exonérés d'impôt.</p> <p>ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE</p> <p>SOURCE D'INFORMATION</p> <p>ÉLÉMENTS À RÉINTÉGRER</p>		
a) Réintégration de certaines charges ⁽²⁾ :		

<ul style="list-style-type: none"> - souscriptions en numéraire au capital de SA se consacrant au financement d'oeuvres cinématographiques ou audiovisuelles (SOFICA) ; - pertes résultant de la souscription au capital de sociétés nouvelles ; - acquisitions de parts de copropriété des navires civils de charge ou de pêche et des navires de commerce soumis à agrément ; - souscription en numéraire au capital de sociétés ayant pour objet le financement de la pêche artisanale (SOFIPECHE) ; - déduction applicable aux investissements éligibles au dispositif d'aide fiscale à l'investissement outre-mer. 	<p>Charges déclarées au cadre 6 de la déclaration n° 2042.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - montants figurant sur la déclaration ; - montants figurant sur la déclaration ; - montants figurant sur la déclaration ; - montants figurant sur la déclaration ; - montants figurant sur la déclaration.

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE	SOURCE D'INFORMATION	ÉLÉMENTS À RÉINTRÉGRER⁽¹⁾
<p>b) Prise en compte de certains revenus :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - produits de placement à revenus fixes soumis au prélèvement libératoire ; - traitements et salaires perçus par les contribuables fiscalement domiciliés en France et envoyés à l'étranger par un employeur établi en France ; - revenus perçus par les fonctionnaires des organisations internationales ; - revenus exonérés par application d'une convention internationale relative aux doubles impositions ; 	<ul style="list-style-type: none"> - revenus déclarés au cadre 2 de la déclaration n° 2042 ; - revenus déclarés au cadre 8 de la déclaration n° 2042 ; - absence d'obligation déclarative ; - revenus déclarés au cadre 8 de la déclaration n° 2042, lignes TI,TK ou TL ; 	<ul style="list-style-type: none"> - montant porté sur la déclaration ; - montant porté sur la déclaration ; - montant porté sur la déclaration ; - montant porté sur la déclaration.

<p>- bénéfiques industriels et commerciaux exonérés au titre des activités exercées par les entreprises nouvelles dans les zones d'aménagement du territoire, les territoires ruraux de développement prioritaire ou les zones de redynamisation urbaine, par les entreprises dans les zones franches urbaines (pendant 59 mois), et par les contribuables qui exercent ou créent une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole en Corse (pendant 60 mois).</p>	<p>- bénéfiques déclarés au cadre 5 de la déclaration n° 2042.</p>	
<p>(1) Tous les seuils ou plafonds mentionnés se rapportent aux revenus de 1999 (et pour la phase transitoire, aux revenus 1998, chiffres en italique et entre parenthèses). (2) La réintégration de ces charges suppose qu'elles aient été prises en compte au préalable comme charges déductibles du revenu imposable pour le calcul de l'impôt sur le revenu.</p>		

(1) Sous-réserve du 6e ci-dessous.

(2) Pour l'essentiel, il s'agit :

- des membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, des fonctionnaires d'un Etat étranger et des personnes assimilées ainsi que des membres de leur famille qui les accompagnent ;
- des personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un Etat étranger, peuvent être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus en France. En pratique, il s'agit principalement des travailleurs frontaliers ;
- des agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que des membres de leur famille.