



Erreur de la sécurité sociale

Par **anjely**, le **03/12/2009** à **00:28**

Bonjour, la sécurité sociale, qui reconnaît ses erreurs, me demande de leur rembourser des indemnités journalières, 4283 euro en faisant une remise de dette, car pour eux je passe sous la loi L.161.8. je ne suis ni mariée, ni pacsée, j'ai été juste déclarée par la caf vivant avec le père de ma fille, je n'ai jamais rempli aucun autres papiers, et le père de ma fille refuse de donner ses salaires pour cette erreur. normalement j'ai des droits jusqu'en 2010. en vue de la loi que dois je faire? j'ai jusqu'à vendredi.

Par **jeetendra**, le **03/12/2009** à **09:54**

Article L161-8 du Code de la Sécurité Sociale :
[s]Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.[/s]
Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. [s]Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.[/s]
Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.
-----rn" I. Par dérogation à toutes dispositions contraires, les parents qui ont tous deux la qualité d'assuré social peuvent demander, conjointement ou séparément, que leurs enfants soient rattachés, en qualité

d'ayants droit, à chacun d'entre eux pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les demandes peuvent être effectuées à tout moment. Ces demandes ainsi que leurs modifications sont effectuées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

A défaut de demande de rattachement exprimée par les parents, les prestations sont dues à celui des assurés qui effectue la première demande de remboursement de soins.

Lorsqu'un des parents cesse d'ouvrir droit aux prestations, celles-ci sont dues au parent qui est assuré.

II. - Lorsqu'au sein d'un même foyer plusieurs personnes ont la qualité d'assuré, elles désignent d'un commun accord celle d'entre elles à laquelle les ayants droit autres que les enfants sont rattachés pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité. Ces ayants droit sont tous rattachés au même assuré.

La demande peut être effectuée à tout moment. Elle ne peut être modifiée qu'au bout d'un an d'un commun accord entre les assurés. La demande ainsi que les modifications éventuelles de cette demande sont effectuées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

A défaut de désignation, les prestations sont dues à celui des assurés qui effectue la première demande de remboursement de soins.

Lorsque l'un des assurés cesse d'ouvrir droit aux prestations, ces prestations sont dues à l'autre assuré ou, lorsqu'il existe plusieurs assurés, à celui qui est désigné d'un commun accord par ces assurés ou qui effectue la première demande de remboursement de soins."

(Code de la sécurité sociale, art. R. 161-8).

La demande de rattachement prévue au I de l'article R. 161-8 du code de la sécurité sociale est effectuée à tout moment par le parent concerné, auprès de l'organisme d'assurance maladie et maternité auquel il est affilié, au moyen du formulaire conforme au modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Il est mis fin au rattachement dans les mêmes conditions.

L'organisme qui reçoit une demande de rattachement en informe l'organisme auquel le ou les enfants étaient exclusivement rattachés antérieurement. Les organismes concernés procèdent à l'échange de toutes les informations nécessaires à la gestion de cette affiliation.

La demande de rattachement prévue au II de l'article R. 161-8 du code de la sécurité sociale est effectuée par l'assuré concerné, auprès de l'organisme d'assurance maladie et maternité auquel il est affilié, au moyen du formulaire conforme au modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Il est mis fin au rattachement dans les mêmes conditions.

L'assuré informe sans délai l'organisme d'assurance maladie et maternité auquel il est affilié de tout changement impactant le rattachement.

Bonjour, votre problème de droit aux allocations sociales, de déclaration d'ayant droit, de rattachement, etc. a engendré le versement à tort d'allocation par la caf, d'où la réclamation du trop perçu, cela n'affecte en rien vos droits sociaux en tant que mère, la solution proposée par votre Caisse est équitable (remise de dette), ça ne sert à rien de contester à mon avis, cordialement.