

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SSAS1910136D

**Publics concernés :** bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ; bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ; organismes d'assurance maladie complémentaire ; organismes de sécurité sociale.

**Objet :** mise en œuvre de la CMU-c prévue par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

**Entrée en vigueur :** les dispositions du présent décret s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

**Notice :** le décret fixe les modalités de mise en œuvre de l'extension de la CMU-c aux assurés jusqu'alors éligibles à l'ACS, sous réserve d'acquitter une participation financière au montant fixé par arrêté. Le texte ajuste le champ des ressources prises en compte pour l'attribution de la CMU-c, en prévoyant notamment l'exclusion des montants des bourses accordées sous condition de ressources. Il détermine les modalités de gestion des demandes, d'ouverture des droits et de recouvrement de la participation financière. Le droit à la CMU-c du bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou du revenu de solidarité active est renouvelé automatiquement auprès du même organisme gestionnaire, en l'absence de décision contraire de l'intéressé. Enfin, le décret fixe à deux le nombre d'échéances de participations non acquittées avant l'initiation de la procédure de fermeture des droits et harmonise la procédure de recouvrement des indus de prestations.

**Références :** les textes modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code des assurances ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code rural et de la pêche maritime ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, notamment son article 52 ;

Vu l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 relative aux délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 12 avril 2019 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 16 avril 2019 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole en date du 17 avril 2019 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 18 avril 2019 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le code de la sécurité sociale (Partie réglementaire – Décrets en Conseil d'Etat) est ainsi modifié :

1° Aux articles R. 111-2 et R. 111-3, les mots : « L. 861-1 et L. 863-1 » sont remplacés par la référence : « L. 861-1 » ;

2° Au premier alinéa du 1° de l'article R. 147-6, les mots : « à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » et au c du 1° du même article, les mots : « ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, » sont supprimés et au e du 2°, les mots : « articles R. 161-33-3 », sont remplacés par les mots : « articles R. 161-33-3, R. 161-33-6, » ;

3° Au *d* du 2° de l'article R. 242-1-6, les mots : « ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 » sont supprimés ;

4° L'article R. 861-1 est abrogé ;

5° Au dernier alinéa de l'article R. 861-3, les mots : « (1° à 3°) » sont supprimés ;

6° L'article R. 861-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 861-4.* – Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé comprennent, sous les réserves et selon les modalités de calcul ci-après, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, tel qu'il est défini à l'article R. 861-2, y compris les avantages en nature, libéralités et revenus mentionnés aux articles R. 861-5 à R. 861-6-1. Pour l'application du présent alinéa, les revenus du patrimoine et les produits de placement sont retenus pour leur montant imposable après application d'un abattement dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Si le demandeur ne peut produire les éléments justificatifs des revenus du foyer, il atteste de l'impossibilité de produire ces pièces et de l'exactitude des revenus renseignés dans le formulaire homologué mentionné à l'article R. 861-16. » ;

7° A l'article R. 861-6-1, les mots : « les avantages en nature autres que ceux prévus à l'article R. 861-5 et les libéralités servis par des tiers » sont remplacés par les mots : « les libéralités servies par des tiers et les avantages en nature autres que ceux prévus à l'article R. 861-5 et ceux liés à une activité professionnelle » ;

8° A l'article R. 861-8 :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues et les avantages en nature dont les membres du foyer ont bénéficié au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-9, R. 861-14 et R. 861-15. Les revenus du patrimoine et les produits de placement pris en compte sont ceux du dernier avis d'imposition connu. » ;

b) Au 1°, les mots : « dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 » sont remplacés par les mots : « au titre de la maladie » ;

c) Au 2° :

– les mots : « total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 351-3 du code du travail ou s'il se trouve en chômage partiel et perçoit l'indemnité allocation spécifique prévue à l'article L. 351-25 du même code ; » sont remplacés par les mots : « indemnisé, qu'il soit total ou partiel, » ;

– les mots : « du deuxième alinéa de l'article L. 961-1 du même code » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 6341-1 du code du travail » ;

d) Le 3° est supprimé ;

e) Au 4°, les mots : « à l'article L. 351-10 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5423-1 à L. 5423-6 » ;

9° A l'article R. 861-9, après les mots : « obligations alimentaires », sont ajoutés les mots : « tels que figurant sur le dernier avis d'imposition connu » ;

10° A l'article R. 861-10 :

a) Au 1°, le mot : « institués » est remplacé par le mot : « prévus » ;

b) Au 2°, le mot : « instituée » est remplacé par le mot : « prévue » ;

c) Au 3°, le mot : « instituées » est remplacé par le mot : « prévues » et les mots : « les articles L. 542-8 et L. 755-21 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 542-8 » ;

d) Le 5° est supprimé ;

e) Au 11°, les mots : « , sauf les bourses de l'enseignement supérieur » sont remplacés par les mots : « accordées sous condition de ressources » ;

f) Au 15°, les mots : « instituée aux » sont remplacés par les mots : « prévue par les » ;

11° A l'article R. 861-14 :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'article 1003-12 du code rural » sont remplacés par les mots : « la sous-section 1 de la section 2 du chapitre 1 du titre 3 du livre 7 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

12° A l'article R. 861-15 :

a) Au premier alinéa, les mots : « personnes non salariées des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants » et les mots : « de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6 ou L. 133-6-8 » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « sur l'honneur » sont supprimés et les mots : « à l'article L. 861-1 » sont remplacés, lors de leurs deux occurrences, par les mots : « au 1° ou au 2° de l'article L. 861-1 » ;

c) Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

13° Au premier alinéa de l'article R. 861-15-4, les mots : « lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre » sont remplacés par les mots : « tout moyen donnant date certaine à la réception. Cette information » ;

14° A l'article R. 861-15-5, les mots : « à l'article L. 861-1 » sont remplacés par les mots : « au 1° ou au 2° de l'article L. 861-1 » et les mots : « ou à l'article L. 863-1 » sont supprimés ;

15° A l'article R. 861-15-6, les mots : « lettre recommandée avec accusé de réception » sont remplacés par les mots : « tout moyen donnant date certaine à la réception de cette information » ;

16° A l'article R. 861-16 :

a) Au premier alinéa :

- la référence : « I » est supprimée ;
- à la première phrase, les mots : « un dossier comprenant un formulaire de demande conforme à un modèle défini par arrêté ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer, sauf si le dossier est établi par voie électronique » sont remplacés par les mots : « un formulaire homologué. Cette demande peut être effectuée par voie dématérialisée. Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 861-5, la demande peut également être établie » ;
- à la troisième phrase, après les mots : « organisme gestionnaire », sont ajoutés les mots : « de la protection complémentaire » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa :

- à la première phrase, les mots : « lorsque la situation ayant justifié ce rattachement prend fin, demander à bénéficiaire à titre personnel de la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « bénéficiaire de la protection complémentaire à titre personnel lorsque les conditions de rattachement au foyer prennent fin entre la date de la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5 » ;
- à la deuxième phrase, les mots : « sur l'honneur » sont remplacés par les mots : « l'attestant » ;

d) Le II est supprimé ;

17° Après l'article R. 861-16, il est inséré cinq articles R. 861-16-1, R. 861-16-2, R. 861-16-3, R. 861-16-4 et R. 861-16-5 ainsi rédigés :

« *Art. R. 861-16-1.* – I. – La décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est prise par le directeur de l'organisme chargé de la prise en charge des frais de santé. Pour les assurés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 160-17 et aux articles L. 712-1 et L. 712-2, la décision est prise par le directeur de la caisse d'assurance maladie de rattachement.

« II. – Le directeur mentionné au I notifie à l'intéressé sa décision dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire.

« Cette notification précise, le cas échéant, le montant de la participation financière que l'assuré doit acquitter pour bénéficier de ce droit. L'âge pris en compte pour la détermination du montant de la participation financière est celui atteint au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

« III. – Le directeur mentionné au I délivre à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus une attestation du droit à la protection complémentaire au titre du 1° ou du 2° de l'article L. 861-1 mentionnant la période d'ouverture du droit, l'adresse de l'organisme gestionnaire et, le cas échéant, ses ayants droit.

« En application du quatrième alinéa de l'article L. 861-5, l'attestation est transmise au bénéficiaire de la protection complémentaire au titre du 2° de l'article L. 861-1 sans délai après réception des éléments nécessaires au paiement de la participation financière, dans les conditions mentionnées à l'article R. 861-16-3.

« *Art. R. 861-16-2.* – I. – Lorsque le foyer défini à l'article R. 861-2 est éligible au droit à la protection complémentaire au titre du 2° de l'article L. 861-1, l'organisme gestionnaire mentionné à l'article L. 861-4 adresse les éléments suivants au demandeur :

« 1° Un bulletin d'adhésion ou un contrat qui précise :

- « – le montant annuel de la participation financière due pour chaque membre du foyer ayant choisi l'organisme considéré ;
- « – les garanties prises en charge au titre de l'article L. 861-3 ;
- « – la durée du bénéfice du droit ;
- « – les circonstances dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3, en application des dispositions de l'article L. 861-11 ;

« 2° Un document autorisant le prélèvement sur compte bancaire, postal ou d'épargne du montant de la ou des participations dues à l'organisme gestionnaire. Les frais liés aux opérations de prélèvement ne peuvent être imputés à l'assuré.

« II. – Le bulletin ou le contrat mentionné au 1° du I peut être accompagné d'un contrat comportant des dispositions afférentes à des garanties facultatives. Il indique alors le montant de cotisation supplémentaire associé à ces garanties. Les dispositions applicables à la protection complémentaire prévue à l'article L. 861-1, notamment celles relatives à son financement, ne sont pas applicables au contrat régissant les garanties facultatives.

« *Art. R. 861-16-3.* – Lorsque le foyer est éligible au droit à la protection complémentaire en matière de santé au titre du 2° de l'article L. 861-1, chacun de ses membres dispose d'un délai de trois mois à compter de la date d'envoi des éléments mentionnés à l'article R. 861-16-2 pour faire valoir son droit auprès d'un organisme

mentionné au *a* ou au *b* de l'article L. 861-4 par la transmission d'un moyen de paiement et du bulletin d'adhésion ou du contrat.

« Art. R. 861-16-4. – I. – Le paiement des participations financières est opéré chaque mois, à terme à échoir.

« II. – Lorsque l'assuré opte pour une modalité de paiement autre que le prélèvement bancaire, il retourne, en lieu et place du document prévu au 2° de l'article R. 861-16-2, le montant dû au titre de la première échéance ainsi qu'une déclaration l'engageant à acquitter le montant des participations avec un unique mode de paiement et selon les modalités mentionnées au I.

« Art. L. 861-16-5. – I. – En cas de naissance, d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée au 1° ou au 2° de l'article L. 861-1, le demandeur informe l'organisme gestionnaire de ce changement.

« L'enfant bénéficie, pour la période de droit restant à courir pour son foyer, de la protection complémentaire sans que ce bénéfice donne lieu au paiement d'une participation financière.

« II. – Lorsque le bénéficiaire du droit à la protection complémentaire cesse de résider en France dans les conditions fixées à l'article L. 160-1, il en informe l'organisme gestionnaire sans délai.

« Lorsque le bénéficiaire du droit à la protection complémentaire décède, un de ses ayants droit informe l'organisme gestionnaire de ce changement de situation sans délai.

« Il est alors mis fin au bénéfice de la protection complémentaire et au prélèvement de la participation financière de l'intéressé pour les échéances postérieures à la fin de résidence en France ou à la date de décès. » ;

18° A l'article R. 861-17 :

a) La première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

« Après que la décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé a été prise conformément à l'article R. 861-16-1, si certains membres du foyer ont choisi un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 ou s'ils sont rattachés à un organisme assurant la prise en charge des frais de santé différent de celui du demandeur, la caisse d'assurance maladie à laquelle le demandeur est rattaché transmet sans délai aux organismes concernés les renseignements relatifs au bénéficiaire de la protection complémentaire et aux personnes à sa charge. » ;

b) A la deuxième phrase, les mots : « Il lui indique » sont remplacés par les mots : « Elle leur indique » ;

c) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque le foyer remplit les conditions mentionnées au 2° de l'article L. 861-1, l'organisme gestionnaire choisi transmet sans délai au bénéficiaire les éléments mentionnés au I de l'article R. 861-16-2. » ;

19° L'article R. 861-18 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 861-18. – I. – La demande de renouvellement est déposée au plus tôt quatre mois et au plus tard deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée, selon les modalités prévues par l'article R. 861-16. Le renouvellement de la protection complémentaire prend effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent.

« A titre exceptionnel, lorsque la demande de renouvellement a été déposée dans un délai inférieur à deux mois avant l'échéance du droit ou, le cas échéant, que le bulletin d'adhésion a été réceptionné dans un délai inférieur à un mois après l'expiration du droit précédent, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé peut décider que le droit prend effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent.

« Les dispositions de l'article R. 861-16-1 et, le cas échéant, des articles R. 861-16-2, R. 861-16-3, R. 861-16-4, R. 861-16-5 et R. 861-17 sont applicables à ce renouvellement.

« II. – La personne pouvant bénéficier du renouvellement automatique de la protection complémentaire en application du dernier alinéa de l'article L. 861-5 est informée, par l'organisme chargé de la prise en charge de ses frais de santé, au moins trois mois avant la fin de son droit en cours, de cette reconduction et, le cas échéant, du montant de la participation due au titre du foyer. Il lui est notifié qu'en l'absence de réponse dans un délai d'un mois son droit est renouvelé auprès du même organisme gestionnaire qui en est informé.

« Si l'intéressé ne souhaite plus bénéficier de son droit ou s'il souhaite changer d'organisme gestionnaire, il en informe l'organisme chargé de la prise en charge de ses frais de santé. Cet organisme notifie ce changement à l'organisme gestionnaire en cours, et, le cas échéant, au nouvel organisme gestionnaire choisi.

« Les dispositions de l'article R. 861-16-2 sont applicables à ce renouvellement. » ;

20° A l'article R. 861-19 :

a) Au I :

– au premier alinéa, les mots : « fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

– au troisième alinéa, après les mots : « au premier alinéa et », sont insérés les mots : « ses annexes dont » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ces organismes sont des mutuelles ou unions relevant du code de la mutualité, des entreprises régies par le code des assurances ou des institutions de prévoyance régies par le présent code disposant de l'agrément en branche 2 "maladie" mentionné aux articles R. 211-2 du code de la mutualité, R. 321-1 du code des assurances et

R. 931-2-1 du présent code. Cet agrément doit être détenu par la mutuelle ou l'union, l'entreprise d'assurance ou l'institution de prévoyance ou l'union lorsque s'appliquent les articles L. 212-11 du code de la mutualité, L. 324-1 du code des assurances ou L. 931-16 du présent code au titre d'un transfert total de portefeuille, ou par la mutuelle substituante lorsque s'applique le dernier alinéa du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité. » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « Au vu de la déclaration et de la liste des implantations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I, » sont remplacés par les mots : « Après la vérification de la conformité de la déclaration et de ses annexes, et au vu de la liste des implantations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I et de l'agrément mentionné au dernier alinéa du même I, » ;

21° A l'article R. 861-21 :

a) Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'organisme de protection complémentaire cesse son activité à la suite d'un transfert de portefeuille au titre de l'article L. 212-11 du code de la mutualité, de l'article L. 324-1 du code des assurances ou de l'article L. 931-16 du code de la sécurité sociale ou dans le cadre d'une convention de substitution prévue à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, l'organisme cessionnaire ou substituant est tenu d'assurer la gestion de la protection complémentaire en matière de santé des bénéficiaires de l'organisme cédant et ce jusqu'à la fin du droit en cours, y compris s'il n'est pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7. » ;

b) Au premier alinéa, devenu le second alinéa, après les mots : « de l'adhésion », sont insérés les mots : « pour toute autre raison » et les mots : « mentionné à l'article L. 861-6 » sont remplacés par les mots : « chargé de la prise en charge des frais de santé » ;

22° L'article R. 861-22 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 861-22. – Pour les organismes mentionnés au a de l'article L. 861-4, il est fait application de la procédure mentionnée à l'article R. 133-9-2 pour le remboursement des prestations versées à tort et le paiement des participations financières mentionnés au IV de l'article L. 861-10. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, ils peuvent mettre en œuvre la procédure d'injonction de payer mentionnée à l'article R. 142-10-8. Outre les mentions prévues au premier alinéa de l'article R. 133-9-2, la notification de payer doit informer le débiteur qu'il peut demander la remise ou la réduction de sa dette, dans un délai de deux mois à compter de cette notification. Cette demande est déposée auprès de l'organisme qui a émis la notification. Le recouvrement de la somme due ne peut intervenir pendant ce délai. » ;

23° A l'article R. 861-23, les mots : « par l'organisme mentionné à l'article R. 861-22 au préfet territorialement compétent en application de la première phrase du II de l'article R. 861-16, accompagnée du second exemplaire de l'avis des sommes à payer » sont remplacés par les mots : « , lorsque l'organisme gestionnaire est celui mentionné au b de l'article L. 861-4, par ce dernier au directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de la personne ayant sollicité le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé accompagnée de la notification de payer » ;

24° L'article R. 861-24 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 861-24. – La décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé mentionné à l'article R. 861-23 est notifiée au débiteur et, le cas échéant, à l'organisme mentionné au b de l'article L. 861-4, dans un délai de deux mois après réception de la demande de remise de dette. La décision mentionne le montant de la somme due et, le cas échéant, le montant de la remise ou réduction accordée. La procédure de recouvrement se poursuit par l'envoi de la mise en demeure de payer prévue au deuxième alinéa de l'article R. 133-9-2. » ;

25° A l'article R. 861-25, les mots : « l'avis des sommes à » sont remplacés par les mots : « la notification de » ;

26° A l'article R. 861-26, les mots : « l'avis des sommes à payer à l'encontre du débiteur » sont remplacés par les mots : « la notification mentionnée au premier alinéa de l'article R. 133-9-2 » ;

27° L'article R. 861-29 est abrogé ;

28° Il est créé une section 7 ainsi rédigée :

#### « Section 7

##### « Régularisation des participations financières acquittées avec retard

« Art. R. 861-30. – I. – Pour l'application de l'article L. 861-11, lorsque le bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé ne s'acquitte pas de tout ou partie du montant d'une mensualité de la participation financière, son montant ou le reliquat de son montant est cumulé avec celui de l'échéance qui suit pour le paiement.

« II. – Lorsque le bénéficiaire n'a pas acquitté tout ou partie du montant de la participation financière correspondant à deux mensualités consécutives, l'organisme gestionnaire de la protection complémentaire de l'intéressé, l'informe qu'en l'absence de paiement du montant dû dans les trente jours à compter de la date de la notification de cette information, le droit au bénéfice de la protection complémentaire mentionné à l'article L. 861-1 sera suspendu.

« Art. R. 861-31. – I. – A l'expiration du délai de trente jours, en l'absence de régularisation de la totalité du montant dû, par paiement ou accord entre le bénéficiaire et l'organisme gestionnaire de sa protection complémentaire sur les modalités de paiement, le directeur de l'organisme gestionnaire prend une décision de suspension du droit du bénéficiaire. La suspension prend effet au premier jour du mois suivant l'expiration du délai

de trente jours. L'intéressé ne peut déposer une nouvelle demande de protection complémentaire pendant la période de suspension de son droit.

« II. – Le directeur de l'organisme gestionnaire notifie sa décision au bénéficiaire. La notification mentionne que :

« 1° Le bénéficiaire dispose d'un délai de trente jours à compter de la date de notification pour présenter ses observations écrites ou orales ou régulariser les sommes dues ;

« 2° Qu'en l'absence de régularisation à l'issue de ce délai, il sera mis fin au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé mentionné à l'article L. 861-1.

« III. – Si le bénéficiaire a choisi un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4, cet organisme informe sans délai le directeur de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé de la décision de suspension du droit.

« Art. R. 861-32. – I. – En l'absence de régularisation des sommes dues dans le délai mentionné au 1° du II de l'article R. 861-31, si la protection complémentaire du bénéficiaire est assurée par un organisme mentionné au *a* de l'article L. 861-4, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé notifie à l'intéressé, par tout moyen donnant date certaine à la réception de sa décision, la fin de la prise en charge au titre de la protection complémentaire ainsi que les voies et délais de recours à l'encontre de cette décision.

« II. – En l'absence de régularisation des sommes dues dans le délai mentionné au 1° du II de l'article R. 861-31, si le bénéficiaire a choisi un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4, l'organisme gestionnaire en informe le directeur de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé. Ce dernier notifie alors au bénéficiaire la fin de la prise en charge de la protection complémentaire prévue à l'article L. 861-1 dans les conditions prévues au I.

« Art. R. 861-33. – En application de l'article L. 861-11, l'acquittement du montant de l'ensemble des participations échues entraîne l'abandon du recouvrement correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment perçus au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant des participations non acquittées.

« Art. R. 861-34. – La procédure de renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article R. 861-18 n'est pas applicable lorsque la fin de la prise en charge a été décidée en application de l'article R. 861-32.

« Art. R. 861-35. – Les dispositions de l'article R. 861-22 relatives au recouvrement des prestations versées à tort s'appliquent aux personnes pour lesquelles il a été mis fin à la protection complémentaire en matière de santé en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-11, pour les prestations indûment prises en charge au titre de la protection complémentaire postérieurement à la suspension des droits. » ;

29° Dans les intitulés du chapitre 2 du titre 6 du livre 8, de la section 1 de ce chapitre et des sous-sections 1 et 2 de cette section, ainsi qu'aux articles R. 862-1, R. 862-2 et R. 862-9, les mots : « fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » sont remplacés par les mots : « fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

30° A l'article R. 862-3 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « de son président », sont insérés les mots : « ou en cas de vacance de la présidence, sur convocation d'un des représentants mentionnés au 2° de l'article R. 862-2 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Le président peut également décider l'organisation d'une délibération par tout procédé assurant l'échange d'écrits transmis par voie électronique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 relative aux délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial.

« En cas de vacance de la présidence, le conseil d'administration élit un président par intérim au sein des membres présents pour la séance concernée. » ;

31° A l'article R. 862-4 :

a) Au 1°, les mots : « du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » sont remplacés par les mots : « de gestion administrative du fonds de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

b) Les 2°, 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 3°, 4°, 5° et 6° ;

c) Après le 1°, il est rétabli un alinéa ainsi rédigé :

« 2° D'examiner les prévisions de recettes et de dépenses des prestations couvertes par ce fonds ; »

d) Au 5°, devenu 6°, les mots : « et du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, » sont supprimés ;

e) Au dernier alinéa, les mots : « quinze jours » sont remplacés par les mots : « deux mois » ;

32° A l'article R. 862-6 :

a) Au premier alinéa, le mot : « trente » est remplacé par le mot : « vingt-huit » ;

b) Au *a* du 4°, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » et les mots : « , un désigné par Fédération des mutuelles de France » sont supprimés ;

c) Le *b* du 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« *b*) Trois représentants désignés par la Fédération française d'assurance ; »

33° Au dernier alinéa de l'article R. 862-8, les mots : « couverture maladie universelle » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et la dernière phrase est supprimée ;

34° Au 8° de l'article R. 862-9, les mots : « et du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « , la convention mentionnée au IV de l'article R. 862-11 ainsi que la convention mentionnée à l'article D. 225-2 » ;

35° A l'article R. 862-11 :

*a*) Au I, les mots : « aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 » sont remplacés par les mots : « à l'organisme désigné pour le recouvrement en application des dispositions du III de l'article L. 122-6 » ;

*b*) Au 2° du I, les mots : « et le montant global de cette prise en charge » sont remplacés par les mots : « , le montant total de cette prise en charge et le montant total des participations mentionnées au 2° de l'article L. 861-1 » ;

*c*) Le 3° du I est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Le montant des cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 et le nombre de personnes couvertes au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles d'une part ou en application de l'article L. 911-1 d'autre part. » ;

*d*) Au II, les mots : « aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 » sont remplacés par les mots : « à l'organisme désigné pour le recouvrement en application des dispositions du III de l'article L. 122-6 » ;

*e*) Au III, les mots : « détermine le modèle des déclarations mentionnées au I et au II et précise les dates de leur communication » sont remplacés par les mots : « précise les dates de la communication des déclarations homologuées mentionnées aux I et II » ;

*f*) Au IV, les mots : « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 communiquent » sont remplacés par les mots : « L'organisme désigné pour le recouvrement en application des dispositions du III de l'article L. 122-6 communique » ;

36° A l'article R. 862-11-3, les mots : « applicable à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 » sont remplacés par les mots : « aux taxes mentionnées à l'article L. 862-4 et à l'article L. 862-4-1 » ;

37° A l'article R. 862-12, la référence : « I » et les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

38° Il est inséré, après l'article R. 862-13, un article R. 862-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. R. 862-13-1.* – La contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1 est déclarée et liquidée par les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale à l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du même code, au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle elle est due et au moyen de la déclaration prévue au I de l'article R. 862-11 du même code au titre du quatrième trimestre de l'année civile de cette même année. Elle est versée concomitamment à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale due au titre de ce même trimestre.

« Les dispositions prévues au II du R. 862-11 et aux articles R. 862-11-1, R. 862-11-2, R. 862-11-4, R. 862-11-5 et R. 862-11-6 sont applicables à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4-1. » ;

39° A l'article R. 862-17 :

*a*) Au premier alinéa, les mots : « préfet de région du siège de l'association sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale » sont remplacés par les mots : « responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, après avis du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

*b*) Au deuxième alinéa, les mots : « de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du siège de l'association » sont remplacés par les mots : « du responsable de ce service, » ;

40° L'article R. 862-18 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 862-18.* – Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 transmet à l'union chargée du recouvrement désigné en application des dispositions du III de l'article L. 122-6 et au fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire, la liste des associations agréées et des membres qui la compose, et les informe de toute modification de leur composition. » ;

41° A l'article R. 862-19 :

*a*) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent » sont remplacés par les mots : « l'union chargée du recouvrement mentionnée à l'article R. 862-18 » et les mots : « mentionnés aux 1° à 3° » sont remplacés par les mots « mentionnées aux 1° et 2° » ;

*b*) Au deuxième alinéa, les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale » ;

42° L'article R. 862-20 est abrogé ;

43° Le chapitre 3 du titre 6 du livre 8 ainsi que les articles R. 863-1 à R. 863-16 qu'il contient sont abrogés ;

44° Le chapitre 4 du titre 6 du livre 8 ainsi que les articles R. 864-1 à R. 864-3 qu'il contient sont abrogés.

**Art. 2.** – Les dispositions du présent décret s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

**Art. 3.** – Par dérogation aux dispositions de l'article R. 861-19, les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 souhaitant s'inscrire sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 décembre 2020 adressent la déclaration prévue au premier alinéa de ce même article avant le 1<sup>er</sup> août 2019. L'inscription sur la liste prend effet à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

**Art. 4.** – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 21 juin 2019.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*  
AGNÈS BUZYN

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*  
GÉRALD DARMANIN