

Code de la sécurité sociale

Sommaire

Partie législative

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé
- Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
- Chapitre 3 : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. (Articles L863-1 à L863-7)
- Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide (Article L871-1)

Partie réglementaire : décrets en Conseil d'Etat

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé
- Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt
- Chapitre 3 : Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. (Articles R863-1 à R863-16)
- Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide (Articles R871-1 à R871-2)

Partie réglementaire : décrets simples

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et

organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

- Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
- Chapitre 1^{er} : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé (Articles D861-1 à D861-8)
- Chapitre II : Dispositions financières relatives au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Articles D862-1 à D863-2) :
- Chapitre III : Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (Articles D863-1 et D863-2)

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre III : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. (Articles L863-1 à L863-7)

Article L863-1

Modifié par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 11

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au

foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 550 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

NOTA :

Conformément à l'article 56 II de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les dispositions de l'article L. 863-1, dans leur rédaction résultant du 2° du A du I du présent article, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2015. Le II de l'article 11 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 a reporté cette date au 1er juillet 2015.

Article L863-2

Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 50 JORF 22 décembre 2006

La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article L863-3

Modifié par Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 90

L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L863-4

Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 50 JORF 22 décembre 2006

Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L863-4-1

Créé par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 12 (V)

Lorsqu'une personne obtient le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 alors qu'elle est déjà couverte par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel, elle bénéficie, à sa demande :

1° Soit de la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur ne propose pas de contrats figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur cette liste ;

2° Soit de la modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste mentionnée au même dernier alinéa.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

NOTA : Version en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2015

Article L863-5

Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 50 JORF 22 décembre 2006

Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

Article L863-6

Modifié par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 11

Modifié par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 13

Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1, ouverts à tous les bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

NOTA :

Conformément à l'article 56 II de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les dispositions de l'article L. 863-6, dans leur rédaction résultant du 2° du A du I du présent article, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2015. Le II de l'article 11 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 a reporté cette date au 1er juillet 2015.

Article L863-7

Modifié par Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 56 (V) – JORF du 24 décembre 2013

A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée au même article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2.

NOTA :

Conformément à l'article 56 II de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les dispositions de l'article L. 863-7, dans leur rédaction résultant du 2° du A du I du présent article, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2015. Le II de l'article 11 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 a reporté cette date au 1er juillet 2015.

Article L863-7-1

Créé par LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 41

Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part.

NOTA : Cette disposition entre en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2015

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide. (Article L871-1)

Article L871-1

Modifié par LOI n°2014-892 du 8 août 2014 - art. 14

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L.741-10 du code rural du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13^o de l'article 995 et du 2^o bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18^o de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par

catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

NOTA : Conformément au B du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, modifié par l'article 14 2° de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014, l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale entre en vigueur pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1er avril 2015.

Partie réglementaire : décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre III : Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. (Articles R863-1 à R863-16)

Article R863-1

Modifié par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

L'autorité administrative mentionnée au premier alinéa de l'article L. 863-3 est celle mentionnée au II de l'article R. 861-16.

Les modalités d'attribution du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 sont celles prévues à l'article R. 861-16, à l'exception :

1° De la deuxième phrase du premier alinéa du I ;

2° Du deuxième alinéa du II.

Le renouvellement du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est demandé au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3. Dans le cas où le bénéficiaire n'a plus en sa possession l'attestation prévue au deuxième alinéa de l'article R. 863-3, il fournit les nom et adresse du ou des organismes auprès desquels il a été fait application de son droit à déduction.

La Caisse d'assurance maladie délivre une attestation de droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus. En cas de perte ou de vol, la caisse dont relève le bénéficiaire lui remet, sur sa demande, un duplicata sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de perte ou de vol. L'attestation et le duplicata sont conformes à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-2

Créé par Décret n°2004-1450 du 23 décembre 2004 - art. 3 JORF 30 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005

Le bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 dispose d'un délai de six mois à compter de la date de la décision d'attribution de droit pour faire valoir son droit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance. Il remet à celle-ci l'attestation ou le duplicata délivré par la Caisse d'assurance maladie.

Article R863-3

Créé par Décret n°2004-1450 du 23 décembre 2004 - art. 3 JORF 30 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005

Le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du contrat souscrit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance, choisie par le bénéficiaire. Toutefois, si celui-ci est couvert par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel à la date de remise de l'attestation, le droit à déduction prend effet à cette date.

L'organisme mentionné à l'article L. 863-2 délivre au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

Il bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

En cas de suspension par l'organisme du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le souscripteur de la prime ou de la cotisation, le bénéfice du crédit d'impôt est suspendu.

Article R863-4

Modifié par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

Si le contrat prend fin au cours de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit remet au bénéficiaire l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction. Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-5

Modifié par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

Lorsque le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats souscrits par des personnes différentes d'un même foyer, au sens de l'article L. 861-1 :

1° La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du droit à déduction ;

2° Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat, sans que tous les autres contrats aient pris fin et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit lui remet, les attestations prévues par l'article R. 863-4. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-6

Créé par Décret n°2004-1450 du 23 décembre 2004 - art. 3 JORF 30 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la déduction prévue à l'article L. 863-2 pour le souscripteur du contrat et au crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 pour l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction et du crédit d'impôt est interrompu.

Article R863-7

Créé par Décret n°2009-982 du 20 août 2009 - art. 4

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier et de l'article R. 861-29 sont applicables aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article R863-8

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

Pour la sélection des contrats prévue à l'article L. 863-6, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats.

Le ministre chargé de la sécurité sociale est responsable de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, il veille à la mise en œuvre des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination entre les organismes candidats.

Il met en place une commission de sélection chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure ainsi que du suivi du respect des engagements correspondant aux offres sélectionnées. Il en fixe la composition par arrêté.

Ne peuvent pas être nommés comme membres de la commission de sélection des personnes ayant, au cours des trois dernières années, exercé une activité salariée ou des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein d'un organisme complémentaire ou d'un groupement de ces organismes, ou ayant entretenu une relation professionnelle à but lucratif avec ces organismes ou groupements.

Les membres de la commission de sélection ne peuvent prendre part aux travaux de la commission s'ils ont un lien d'intérêt, direct ou indirect, avec l'organisme ou le groupement d'organismes dont l'offre est examinée.

Aucun membre de la commission de sélection ne peut, pendant trois ans à compter de la date à laquelle la liste des offres retenues a été publiée en application de l'article R. 863-12, exercer de fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes dont l'offre a été sélectionnée ou au sein du groupe dont ces organismes sont membres.

Les membres de la commission sont tenus au secret et la discrétion professionnelle dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-9

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

La procédure de mise en concurrence est régie par les dispositions suivantes :

1° Les caractéristiques principales de l'offre souhaitée sont définies dans un avis d'appel à la concurrence auquel est joint le cahier des charges défini à l'article R. 863-11 ;

2° Sont recevables les candidatures déposées dans un délai défini dans l'avis d'appel à la concurrence, ne pouvant être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date la plus tardive des publications de l'avis prévues à l'article R. 863-9, et respectant les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges ;

3° Sont éligibles les candidatures 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 code de la sécurité sociale, disposant de l'agrément en branche 2 " maladie " mentionné à l'article R. 211-2 du code de la mutualité, à l'article R. 321-1 du code des assurances et à l'article R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale et respectant l'ensemble des critères fixés par l'avis d'appel à la concurrence ainsi que les règles énoncées dans le cahier des charges.

La candidature de plusieurs organismes assureurs sur une offre commune est éligible dans la mesure où sont respectées les conditions du présent alinéa ainsi que les dispositions du droit de la concurrence et la réglementation propre aux organismes d'assurance ;

4° Les critères d'évaluation des offres qui permettent d'établir leur notation reposent, de manière prépondérante, sur un critère de prix et, pour le reste, sur des critères relatifs à la qualité de service définis dans l'avis d'appel à la concurrence et portant sur les services proposés et sur les moyens mis en œuvre pour la diffusion de l'offre, selon une pondération déterminée dans l'avis d'appel à la concurrence ;

5° La sélection est opérée dans la limite d'un nombre d'offres mentionné dans l'avis d'appel à la concurrence et d'une note établie par référence à celle de l'offre la mieux notée, dans des conditions précisées dans le même avis. Le nombre minimum d'offres retenues ne peut être inférieur à trois.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-10

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

L'avis d'appel à la concurrence mentionné à l'article R. 863-9 est publié au Journal officiel de la République française et au Journal officiel de l'Union européenne.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-11

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

I. Le cahier des charges énonce les garanties demandées, notamment les services accessibles aux souscripteurs ainsi que les conditions relatives au bénéfice de la dispense d'avance de frais par les assurés, à l'encadrement des pratiques tarifaires et à l'interdiction de clauses contractuelles de nature à remettre en cause l'objectif de solidarité et de mutualisation des

risques poursuivi par la procédure de sélection, du fait de l'introduction de conditions particulières de remboursement, de souscription ou de cotisation.

Il précise les obligations incombant aux organismes dont l'offre est sélectionnée, notamment en ce qui concerne l'information à délivrer aux assurés.

Il prévoit que les contrats doivent comporter une clause de résiliation, à la demande de l'assuré, en cas de radiation de l'offre correspondant au contrat, de la liste établie en application de l'article R. 863-12. La clause précise qu'en cas de résiliation prononcée à ce titre l'organisme rembourse à l'assuré le montant des cotisations correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat.

Il détermine les conditions de suivi et de réexamen périodique des contrats sélectionnés.

II. Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre.

Ces trois contrats, dénommés A, B et C, garantissent, dans le respect des dispositions des articles R. 871-1 et R. 871-2, la couverture des frais engagés par l'assuré selon les modalités suivantes :

1° Prise en charge intégrale de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 10° et 14° de l'article R. 322-1. La prise en charge est majorée, pour certains frais, dans les conditions prévues au 3° du présent II ;

2° Prise en charge intégrale du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;

3° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour certains dispositifs médicaux à usage individuel soumis au remboursement et certains frais d'honoraires de praticiens, à hauteur de montants minima, comprenant la participation des assurés définie au 1°, dans les conditions suivantes :

a) Pour les dispositifs d'optique médical :

-par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00, à 100 euros pour le contrat B et à 150 euros pour le contrat C ;

-par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs, à 200 euros pour le contrat B et à 350 euros pour le contrat C ;

-par équipement comportant un verre mentionné au deuxième alinéa du a et un verre mentionné au troisième alinéa du a, à 150 euros pour le contrat B et à 250 euros pour le contrat C ;

-pour les frais de lentilles, à 100 euros pour les contrats B et C ;

b) Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires ;

c) Pour les prothèses auditives, à hauteur de 450 euros par prothèse pour le contrat C.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-12

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

Seuls peuvent être ouverts, par la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8, les plis qui ont été reçus au plus tard à la date d'expiration du délai de dépôt fixé conformément aux dispositions du 2° de l'article R. 863-9.

Les candidatures qui n'ont pas été écartées en application des dispositions du premier alinéa et qui respectent les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges sont examinées, par la commission de sélection, au regard des conditions d'éligibilité mentionnées au 3° de l'article R. 863-9.

Les offres des candidats éligibles sont classées conformément aux règles résultant du 4° de l'article R. 863-9. Ce classement constitue l'avis rendu par la commission de sélection au ministre en charge de la sécurité sociale.

La liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'inscription des contrats sur la liste est prononcée pour une durée de cinq ans.

La liste des contrats sélectionnés est publiée au Journal officiel de la République française.

NOTA : Conformément à l'article 2 I du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Conformément à l'article 2 I du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les contrats retenus sur la liste mentionnée au présent article au terme de la première procédure de mise en concurrence mise en œuvre en application des dispositions du présent décret sont inscrits pour une durée de trois ans. Le renouvellement de la procédure prévue à l'article R. 863-14 intervient au plus tard neuf mois avant l'expiration de cette période de trois ans.

Article R863-13

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

A chacune des étapes de la procédure de mise en concurrence définies aux deux premiers alinéas de l'article R. 863-12, la commission de sélection notifie, par une décision motivée, le rejet de leur offre aux organismes dont l'offre n'est pas recevable ou éligible, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision.

Les candidats dont l'offre n'a pas été inscrite sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 peuvent demander au ministre chargé de la sécurité sociale les raisons pour lesquelles leur offre n'a pas été retenue.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-14

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

La procédure de mise en concurrence prévue par l'article R. 863-8 est renouvelée au plus tard neuf mois avant l'expiration du délai de cinq ans mentionné à l'article R. 863-12.

NOTA : Conformément à l'article 2 I du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Conformément à l'article 2 I du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les contrats retenus sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 au terme de la première procédure de mise en concurrence mise en œuvre en application des dispositions du présent décret sont inscrits pour une durée de trois ans. Le renouvellement de la procédure prévue à l'article R. 863-14 intervient au plus tard neuf mois avant l'expiration de cette période de trois ans.

Article R863-15

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

I. S 'il est constaté qu'un organisme ne respecte pas les engagements correspondant à l'offre sélectionnée, celle-ci peut être radiée par le ministre chargé de la sécurité sociale de la liste mentionnée à l'article R. 863-12, après le recueil, dans un délai de deux mois à compter de la notification de ce constat, des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales de l'organisme et après avis de la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8. La décision de radiation prend effet quatre mois après la publication de l'arrêté la prononçant.

II. En cas de radiation de son offre, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de l'arrêté de radiation, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2 pour leur permettre de résilier leur contrat dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de cette information, en application du troisième alinéa du I de l'article R. 863-11.

III.-A compter de la date de publication de l'arrêté de radiation, les contrats correspondant à cette offre ne peuvent plus donner lieu à une souscription ou un renouvellement avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article R863-16

Créé par DÉCRET n°2014-1144 du 8 octobre 2014 - art. 1

Si le nombre d'offres figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 est réduit à moins de trois au cours de la période de cinq ans prévue au même article et si la durée restant à courir est supérieure à douze mois, une procédure de mise en concurrence destinée à compléter la liste est ouverte. Les offres sont sélectionnées dans les conditions prévues à l'article R. 863-9 à l'exception de la règle fixée à la dernière phrase du 5° du même article et s'ajoutent à celles figurant sur la liste en vigueur, pour la période restant à courir avant l'expiration du délai prévu à l'article R. 863-12.

NOTA : Conformément à l'article 2 II du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, les présentes dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide. (Articles R871-1 à R871-2)

Article R871-1

Créé par Décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 - art. 1 JORF 30 septembre 2005

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :

1° La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 ;

2° Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Article R871-2

Modifié par Décret n°2012-386 du 21 mars 2012 - art. 1

I. Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;

2° D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

3° D'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

4° De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux 1° à 3° sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Les dispositions du présent I sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions y afférentes.

II. Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge totale de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

NOTA: Décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 art. 2 : Les dispositions du présent décret entrent en vigueur en même temps que l'arrêté prévu au I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale, dans les conditions prévues au III de ce même article.

Partie réglementaire : décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre III : Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (Articles D863-1 et D863-2)

Article D863-1

Créé par DÉCRET n°2015-770 du 29 juin 2015 - art. 1

Dans le cadre de la mise en œuvre du tiers payant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire transmet à l'assurance maladie obligatoire, dans un délai de quarante-huit heures, chaque nouvelle adhésion, souscription, renouvellement ou résiliation d'un contrat sélectionné par un bénéficiaire de la déduction prévue à l'article L. 863-2. A cette fin, il mentionne les dates de début et de fin du contrat ainsi que le type de contrat souscrit par le bénéficiaire tel que prévu au deuxième alinéa du II de l'article R. 863-11.

Article D863-2

Créé par DÉCRET n°2015-770 du 29 juin 2015 - art. 1

Pour bénéficier du tiers payant prévu à l'article L. 863-7-1, le bénéficiaire des soins présente au professionnel sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de tiers payant intégral délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'assurance maladie.

Le paiement au professionnel des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 863-7-1 est garanti, sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés et à la condition que la carte d'assurance maladie du bénéficiaire des soins ne soit pas inscrite sur la liste d'opposition mentionnée à l'article R. 161-33-7 au jour de la délivrance de ces actes ou prestations ou, dans les cas prévus à l'alinéa précédent, sur présentation conjointe de l'attestation de tiers payant en cours de validité et de la carte d'assurance maladie.

Lorsque le professionnel de santé souhaite bénéficier d'un interlocuteur unique, il met en œuvre le tiers payant selon les modalités définies aux articles D. 861-4, D. 861-6 et D. 861-7.

