

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail
Bureau de la couverture maladie universelle
et des prestations de santé (2 A)

**Circulaire DSS/2 A n° 2001-619 du 17 décembre 2001 relative aux
prolongations d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en
matière de santé**

SS 1 131
363

NOR : MESS0130805C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : 1er janvier 2000.

Références :

Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée (art. 6-1) ;

Arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

Pièce jointe : annexes des tarifs maxima de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé au 1er janvier 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud ; directions de la santé et du développement social de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique ; direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion A l'occasion de la concertation qui a été menée avec les représentants des organismes de protection sociale complémentaire en vue de prendre l'arrêté fixant le tarif maximum de prolongation d'adhésion ou de contrat de couverture maladie universelle complémentaire, prévu par l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des précisions ont été demandées quant à la nature juridique de cette prolongation et aux conséquences que celle-ci emporte. La présente circulaire a pour objet de préciser le champ des bénéficiaires et le montant maximum de la prolongation d'adhésion ou de contrat qui peut leur être demandé (A), les délais laissés à l'organisme de protection sociale complémentaire et à l'intéressé pour bénéficier de cette prolongation (B) et le contenu de cette couverture de santé (C).

**A. - CHAMP DES PERSONNES COUVERTES
ET DES TARIFS QUI LEUR SONT APPLICABLES
I. - PERSONNES COUVERTES**

L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée fait obligation aux organismes de protection sociale complémentaire (mutuelles régies par le code de la

mutualité, institutions de prévoyance, entreprises régies par le code des assurances) de proposer à tout bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé (que celui-ci soit « chef de file » ou rattaché au foyer défini à l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale) par leur entremise une prolongation d'adhésion ou de contrat pour une durée d'un an. Cependant, aucune disposition n'impose à un organisme de protection sociale complémentaire de prendre, au titre d'une même adhésion ou d'un même contrat, l'ensemble des personnes constituant un même foyer au sens de la réglementation relative à la protection complémentaire en matière de santé (art. R. 861-2 du code de la sécurité sociale).

En conséquence, les membres d'un même foyer sont rattachés à une même adhésion ou à un même contrat de prolongation dans la mesure où ce rattachement est compatible avec la définition du foyer telle qu'elle est prévue dans les statuts de la mutuelle, dans les règlements ou contrats de l'institution de prévoyance ou dans le contrat de l'entreprise d'assurances. Généralement, ces statuts, garanties ou contrats prévoient les changements pouvant intervenir au sein du foyer pendant la période de prolongation. Les organismes de protection sociale complémentaire sont ainsi conduits à intégrer dans le foyer par exemple un nouveau-né, un nouveau conjoint... Ce n'est qu'en cas d'incompatibilité avec les statuts, la garantie collective ou le contrat que l'organisme de protection sociale complémentaire doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé une prolongation à titre individuel.

Ainsi, les organismes de protection sociale complémentaire n'ont pas à prévoir de dérogations à leurs statuts, garanties collectives ou contrats en ce qui concerne la définition des ayants droit de l'adhérent mutualiste, du cocontractant assuré ou du membre participant de l'institution. Ils ne peuvent pas davantage créer, à l'occasion de la mise en oeuvre des prolongations d'adhésion ou de contrat, de nouvelle définition des ayants droit, cocontractants ou membres participants spécifique aux anciens bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé dont l'adhésion ou le contrat est prolongé.

II. - TARIFICATION APPLICABLE

L'arrêté du 27 avril 2001 a fixé le tarif maximum d'adhésion ou de contrat pouvant être réclamé par l'organisme de protection sociale complémentaire au titre de la prolongation. Pour une personne seule, celui-ci est aligné sur le tarif de contrat de protection complémentaire en matière de santé fixé au III de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale : il est actuellement fixé à quatre fois 375 F, soit 1 500 F (228,67 euros) par an.

Lorsque l'adhésion ou le contrat couvre plusieurs personnes, son tarif ne peut excéder le montant fixé pour une personne majoré au plus de 50 % (actuellement 750 F, soit 114,34 euros) par personne supplémentaire. Cependant, cette majoration peut être portée à 90 % au plus (actuellement 1 350 F, soit 205,81 euros) pour une seule de ces personnes supplémentaires si celle-ci est âgée d'au moins dix-huit ans.

Enfin, lorsque l'adhésion ou le contrat couvre au moins six personnes, son tarif maximum est égal au montant maximum fixé pour cinq personnes, soit actuellement 5 100 F (777,49 euros) si l'une des personnes au-delà de la première est un adulte, 4 500 F (686,02 euros) si toutes les personnes au-delà de la première sont mineures à la date d'effet de la prolongation (cf. tableau en annexe).

B. - DÉLAIS IMPARTIS AUX ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ET AUX BÉNÉFICIAIRES

La proposition de prolongation d'adhésion ou de contrat doit être transmise à l'intéressé dans un délai permettant d'éviter toute interruption dans la couverture à l'expiration du droit à la

protection complémentaire en matière de santé. Il convient en conséquence que l'organisme de protection sociale complémentaire se rapproche en temps utile du bénéficiaire pour savoir si son droit à la protection complémentaire en matière de santé est renouvelé et, selon le cas, pour l'inciter à demander le renouvellement de son droit ou lui proposer une prolongation d'adhésion ou de contrat.

S'agissant du délai laissé à l'intéressé pour accepter ou refuser cette prolongation, de manière générale, un délai d'un mois apparaît souhaitable pour permettre un examen approfondi par l'intéressé de la proposition qui lui est faite.

C. - CONTENU DE LA COUVERTURE

I. - PRESTATIONS PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

L'article 6-1 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques prévoit que la prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé comprend les mêmes prestations. Il résulte de ces dispositions que l'organisme de protection sociale complémentaire doit prendre en charge dans ce cadre le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ainsi que les dépassements de tarifs de responsabilité de l'assurance maladie pour l'ensemble des prestations figurant dans les quatre arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés par l'arrêté du 15 mai 2000 pris pour l'application des articles L. 162-9, L. 165-1 (devenu L. 165-6) et L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les dépassements de tarifs sont pris en charge dans la limite du montant fixé dans la colonne « Montant maximum pris en charge, en sus du tarif » de ces arrêtés. Pour les prothèses auditives et les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, s'applique un montant maximum de prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'ouverture du droit à la protection complémentaire en matière de santé. Deux cas de figure peuvent se présenter (toute période de droit excédant deux ans donnant lieu à la prise en compte d'une nouvelle période) :

- soit l'intéressé a bénéficié de la protection complémentaire en matière de santé instituée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle de manière continue pendant moins de deux ans avant la date d'effet de la prolongation d'adhésion ou de contrat : la période d'application du montant maximum de prise en charge continue à courir pour le reliquat de période de deux ans restant à consommer (en règle générale, il s'agira de la deuxième année d'application, l'intéressé ayant bénéficié de la protection complémentaire pendant un an) ; l'organisme de protection sociale complémentaire est en mesure de connaître le montant de soins consommés avant la prolongation d'adhésion ou de contrat à tarif plafonné puisque c'est lui qui servait les prestations de protection complémentaire en matière de santé l'année précédente ;
- soit l'intéressé a bénéficié de la protection complémentaire en matière de santé de manière continue pendant deux ans avant la date d'effet de la prolongation d'adhésion ou de contrat : une nouvelle période d'application du montant maximum de prise en charge de deux ans s'ouvre à compter de la date d'effet de la prolongation.

II. - TARIFS APPLICABLES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés précités établissent, en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, la liste des prestations prises en charge par les

organismes de protection sociale complémentaire et les montants maxima qu'ils prennent en charge. Par ailleurs, en application des articles L. 162-9 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale, ils fixent les tarifs maxima que peuvent pratiquer les professionnels de santé à l'égard d'un bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé.

Les dispositions prévues à l'article 6-1 de la loi du 31 décembre 1989 ayant un champ limité aux prestations (art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale), les prix maxima imposés aux professionnels de santé (art. L. 162-9 et L. 165-6 du même code) pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ne peuvent s'appliquer aux ex-bénéficiaires titulaires d'une prolongation d'adhésion.

Vous voudrez bien porter ces éléments d'information à la connaissance des organismes de protection sociale complémentaire inscrits par vos soins sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé et me faire connaître, sous le présent timbre, les difficultés d'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
P. Bras

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE
Tarifs maxima de prolongation d'adhésion ou de contrat
de protection complémentaire en matière de santé au 1er janvier 2001

NOMBRE DE personnes	SI L'UNE DES PERSONNES au-delà de la 1re est un adulte		SI TOUTES LES PERSONNES au-delà de la 1re sont mineures	
	Francs	Euros	Francs	Euros
1	1 500,00	228,67	1 500,00	228,67
2	2 850,00	434,48	2 250,00	343,01
3	3 600,00	548,82	3 000,00	457,35
4	4 350,00	663,15	3 750,00	571,68
5 ou plus	5 100,00	777,49	4 500,00	686,02