

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 1^{er} : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé (Articles L861-1 à L861-10)

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 1^{er} : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé
- Section 1 : Dispositions relatives à la résidence. (Article R861-1)
- Section 2 : Dispositions relatives aux ressources.
- Sous-section 1 : Dispositions communes. (Articles R861-2 à R861-10)
- Sous-section 2 : Dispositions particulières applicables aux travailleurs non-salariés. (Articles R861-11 à R861-15)
- Sous-section 3 : Evaluation des éléments de train de vie. (Articles R861-15-1 à R861-15-7)
- Section 3 : Modalités d'attribution. (Articles R861-16 à R861-18)

- Section 4 : Participation des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances à la protection complémentaire en matière de santé. (Articles R861-19 à R861-21)
- Section 5 : Remboursement des prestations versées à tort. (Articles R861-22 à R861-26)
- Section 6 : Pénalités. (Articles R861-27 et R861-29)

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) :
Voir : www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Dispositions_financieres_et_organisation_Fonds_CMU.pdf
- 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 premier : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé (Articles L861-1 à L861-10)

Article L861-1

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

Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. 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.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la

sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code.

Article L861-2

Modifié par Loi n°2008-1249 du 1er décembre 2008 - art. 11

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code.

Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

Article L861-2-1

Créé par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 132 JORF 22 décembre 2006

Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article L861-3

Modifié par Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 54 (V)

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Article L861-4

Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;

b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

Article L861-5

Modifié par Loi n°2008-1249 du 1er décembre 2008 - art. 11

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Article L861-6

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

La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, elle prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

Article L861-7

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

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.

En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L861-8

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

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet, sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

Article L861-9

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

Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions

de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Article L861-10

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

I. En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4.

II. Paragraphe abrogé.

III. Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15 000 euros.

IV. Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente. Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

V. Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.

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 premier : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé (Articles R861-1 à R861-29)

Section 1 : Dispositions relatives à la résidence. (Article R861-1)

Article R861-1

Modifié par Décret 2004-1450 2004-12-23 art. 1 I, II JORF 30 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005

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

I.-Les dispositions de l'article R. 380-1 relatives à la condition de résidence sont applicables au droit de la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1.

II.-Le délai de trois mois prévu au premier alinéa de l'article R. 380-1 n'est pas opposable :

-aux personnes affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, dont elles peuvent attester par tout moyen qu'elle doit excéder une durée de trois mois ;

-aux personnes inscrites à un stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail pour une durée supérieure à trois mois ;

-aux bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 821-1 ;

-aux bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail.

Section 2 : Dispositions relatives aux ressources.

Sous-section 1 : Dispositions communes. (Articles R861-2 à R861-10)

Article R861-2

Modifié par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Le foyer mentionné à l'article L. 861-1 se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune, de son concubin, des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

1° Les enfants et les autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;

3° Les enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du code général des impôts, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents en application de l'article 373-2-9 du code civil sont considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents ou à la charge réelle et continue de l'un d'entre eux en fonction de leur rattachement fiscal au titre des dispositions du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

L'imposition commune du conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le rattachement prévu au 1° et à l'alinéa précédent, la déclaration prévue au 2° et la pension mentionnée au 3° sont pris en compte conformément au dernier avis d'imposition ou de non-imposition, ou de la dernière déclaration effectuée au titre de l'impôt sur le revenu si celle-ci est plus récente. Toutefois, le rattachement au foyer du concubin s'apprécie à la date du dépôt de la demande de protection complémentaire en matière de santé.

Article R861-3

Modifié par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Le plafond de ressources prévu à l'article L. 861-1 est majoré :

1° De 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer tel que défini à l'article R. 861-2 ;

2° De 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personnes ;

3° De 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Les taux sont réduits de moitié pour les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun des parents lorsqu'ils sont réputés à la charge égale de l'un ou de l'autre parent en application du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

Pour l'application du présent article, le rang des personnes membres du foyer est déterminé en fonction de la composition du foyer considéré dans l'ordre décroissant suivant :

1° Le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants et autres personnes mentionnés aux deuxième à quatrième alinéas (1° à 3°) de l'article R. 861-2, par ordre décroissant d'âge.

Article R861-4

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 contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, 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 et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

Article R861-5

Modifié par Décret n°2010-1783 du 31 décembre 2010 - art. 6

Les avantages en nature procurés par un logement occupé soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur sont évalués mensuellement et de manière forfaitaire :

1° A 12 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour un allocataire lorsque le foyer se compose d'une personne ;

2° A 14 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour deux personnes lorsque le foyer se compose de deux personnes ;

3° A 14 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour trois personnes lorsque le foyer se compose de trois personnes ou plus.

Article R861-6

Modifié par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Pour l'appréciation des ressources, les biens non productifs de revenu sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative telle que définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de la valeur locative telle que définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts s'il s'agit de terrains non bâtis, et à 3 % du montant des capitaux.

L'alinéa précédent ne s'applique pas aux avantages mentionnés à l'article R. 861-5.

Le revenu procuré par les immeubles bâtis et terrains non bâtis, situés sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, est déterminé en appliquant les pourcentages fixés au premier alinéa à la valeur locative de la résidence principale du demandeur.

Article R861-6-1

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Sous réserve des dispositions de l'article R. 861-10, les avantages en nature autres que ceux prévus à l'article R. 861-5 et les libéralités servis par des tiers sont pris en compte lorsqu'ils excèdent 7 % du plafond prévu à l'article L. 861-1 pour une personne seule.

Article R861-7

Modifié par Décret n°2009-716 du 18 juin 2009 - art. 11

Les aides personnelles au logement instituées par les articles L. 542-1, L. 755-21 et L. 831-1 du présent code et l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ne sont incluses dans les ressources qu'à concurrence d'un forfait égal à :

1° 12 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé d'une seule personne, lorsque le foyer est composé d'une personne ;

2° 16 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de deux personnes, lorsque le foyer est composé de deux personnes ;

3° 16,5 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de trois personnes, lorsque le foyer est composé d'au moins trois personnes.

Article R861-8

Modifié par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-14 et R. 861-15.

Les rémunérations d'activité perçues par toute personne mentionnée à l'article R. 861-2 pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % :

1° Si l'intéressé justifie d'une interruption de travail supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 ;

2° S'il se trouve en chômage 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'allocation spécifique prévue à l'article L. 351-25 du même code ; la rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application du deuxième alinéa de l'article L. 961-1 du même code est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application de l'abattement précité, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation ;

3° S'il perçoit l'allocation d'insertion prévue à l'article L. 351-9 du code du travail ;

4° S'il perçoit l'allocation de solidarité spécifique prévue à l'article L. 351-10 du code du travail ;

5° S'il est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

Il n'est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l'année de référence lorsque l'intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu'il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

Article R861-9

Sont déduites des ressources les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires.

Article R861-10

Modifié par Décret n°2010-1032 du 30 août 2010 - art. 3

Ne sont pas prises en compte dans les ressources les prestations suivantes :

1° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments institués par les articles L. 541-1 et L. 755-20, ainsi que la majoration mentionnée à l'article L. 541-4 ;

2° L'allocation de rentrée scolaire instituée par les articles L. 543-1 et L. 755-22 ;

3° Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;

4° Les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;

5° Les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ;

6° Les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ;

7° L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail prévue à l'article L. 434-1 ;

8° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime ;

9° La prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L. 755-19, à l'exception du complément de libre choix d'activité ;

10° Les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;

11° Les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2, sauf les bourses de l'enseignement supérieur ;

12° Les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;

13° Le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale ;

14° L'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord créée par l'article 125 de la Loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;

15° L'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives instituée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la Loi n° 94-488 du 11 juin 1994 ;

16° Les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national ;

Sous-section 2 : Dispositions particulières applicables aux travailleurs non salariés. (Articles R861-14 à R861-15)

Articles R861-11 à R861-13 abrogés par le décret n°2014-1154 du 8 octobre 2014 portant simplification et amélioration des conditions d'accès à la protection complémentaire en matière de santé

Article R861-14

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article 1003-12 du code rural.

Dans les départements d'outre-mer, le revenu professionnel est constitué par le bénéfice imposable tel qu'il ressort des derniers avis d'imposition. Toutefois, en l'absence d'imposition du demandeur de la protection complémentaire, le préfet peut, à la demande de l'intéressé et pour tenir compte de situations exceptionnelles, évaluer les revenus de celui-ci au vu des éléments d'appréciation qui lui sont fournis.

Article R861-15

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions non agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article L. 131-6.

Si la demande de protection complémentaire est présentée au cours de la première année d'activité professionnelle non salariée non agricole, les revenus sont calculés sur la base de ceux de l'année civile précédant la création de l'entreprise.

Si la demande est présentée au cours des six premiers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base d'une déclaration sur l'honneur, accompagnée des justificatifs nécessaires attestant que les revenus perçus au cours de la première année d'activité sont inférieurs au plafond prévu à l'article L. 861-1 ou, le cas échéant, que la fraction des revenus du foyer correspondant à ceux perçus au cours de la première année au titre de l'activité non salariée non agricole ne porte pas le total des ressources du foyer au-dessus du plafond prévu à l'article L. 861-1.

Si la demande est présentée au cours des six derniers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base de ceux de la première année d'activité.

Lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, ils sont évalués selon un forfait correspondant à une fraction du plafond annuel de la sécurité sociale déterminé par arrêté des ministres chargés du commerce et de l'artisanat, du budget et de la sécurité sociale.

Si l'intéressé a disposé de revenus professionnels inférieurs à ceux qui résultent de l'évaluation forfaitaire, il peut, en produisant les éléments d'appréciation nécessaires, demander au préfet de fixer le montant de ses revenus qui sera retenu.

Sous-section 3 : Evaluation des éléments de train de vie. (Articles R861-15-1 à R861-15-7)

Article R861-15-1

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

I.-L'évaluation forfaitaire du train de vie prévue à l'article L. 861-2-1 prend en compte les éléments et barèmes suivants :

1° Propriétés bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

2° Propriétés non bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut

être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

3° Travaux, charges et frais d'entretien des immeubles : 80 % du montant des dépenses ;

4° Personnels et services domestiques : 80 % du montant des dépenses ;

5° Automobiles, bateaux de plaisance, motocyclettes : 25 % de la valeur vénale de chaque bien lorsque celle-ci est supérieure à 10 000 euros ;

6° Appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, matériels informatiques : 80 % du montant des dépenses lorsque celles-ci sont supérieures à 1 000 euros ;

7° Objets d'art ou de collection, articles de joaillerie et métaux précieux : 3 % de leur valeur vénale ;

8° Voyages, séjours en hôtels et locations saisonnières, restaurants, frais de réception, biens et services culturels, éducatifs, de communication ou de loisirs : 80 % du montant des dépenses ;

9° Clubs de sports et de loisirs, droits de chasse : 80 % du montant des dépenses ;

10° Capitaux : 10 % du montant à la fin de la période de référence.

II.-Pour l'application du présent article :

1° Les dépenses sont celles réglées au bénéfice du foyer du demandeur ou du bénéficiaire pendant la période de référence ;

2° La valeur vénale des biens est la valeur réelle à la date de la disposition. Sont retenus notamment à fin d'évaluation, lorsqu'ils existent :

a) Le montant garanti par le contrat d'assurance ;

b) L'estimation particulière effectuée par un professionnel ;

c) La référence issue d'une publication professionnelle faisant autorité.

Article R861-15-2

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

La période de référence est celle prévue à l'article R. 861-8.

Article R861-15-3

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Les biens et services énumérés à l'article R. 861-15-1 ne sont pas pris en compte lorsqu'ils ont été détenus ou utilisés à usage professionnel. En cas d'usage mixte, l'évaluation est effectuée au prorata de l'utilisation à usage privé ou personnel.

Article R861-15-4

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Lorsqu'il est envisagé de faire usage de la procédure prévue à l'article L. 861-2-1, l'organisme de sécurité sociale en informe le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre a pour objet :

1° De l'informer de l'objet de la procédure engagée, de son déroulement, de ses conséquences, de sa possibilité de demander à être entendu et à être assisté, lors de cet entretien, du conseil de son choix, des sanctions applicables en cas de déclarations fausses ou incomplètes et de ce que le résultat de cette évaluation sera transmis aux autres organismes de sécurité sociale qui lui attribuent, le cas échéant, des prestations sous conditions de ressources ;

2° De l'inviter à renvoyer, dans un délai de trente jours, le questionnaire adressé par l'organisme visant à évaluer les différents éléments de son train de vie accompagné de toutes les pièces justificatives, en précisant qu'à défaut de réponse complète dans ce délai, les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale seront appliquées.

Article R861-15-5

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Si le montant du train de vie évalué forfaitairement en application de l'article R. 861-15-1 est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond défini, selon les cas, à l'article L. 861-1 ou à l'article L. 863-1, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 861-8 et R. 861-10, la disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées est constatée. Dans ce cas, l'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Article R861-15-6

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Lorsque les ressources prises en compte selon l'évaluation forfaitaire du train de vie ne donnent pas droit à la prestation, l'attribution ou le renouvellement de la prestation n'est pas refusé en cas de circonstances exceptionnelles liées notamment à la situation économique et sociale du foyer, ou s'il est établi que la disproportion marquée a cessé. En cas de refus, la décision est notifiée au demandeur ou au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est motivée et indique les voies de recours dont dispose l'intéressé.

Article R861-15-7

Modifié par Décret n°2009-1596 du 18 décembre 2009 - art. 21

Les organismes locaux de sécurité sociale rendent compte sans délai à l'organisme national chargé de coordonner leur activité de chacune des évaluations effectuées, après suppression de tout élément d'identification des personnes concernées, en précisant :

1° Le cas échéant, si le demandeur ou le bénéficiaire a transmis une réponse à la demande d'évaluation dans le délai prescrit ;

2° Le sens de la décision prise à l'issue de l'évaluation ;

3° Les éléments de train de vie qui ont fait l'objet de l'évaluation ;

4° Le cas échéant, la nature et le montant de la sanction prononcée en cas de fraude ou de fausse déclaration.

L'organisme national mentionné au premier alinéa transmet périodiquement un bilan de ces éléments au ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Modalités d'attribution. (Articles R861-16 à R861-18)

Article R861-16

Modifié par Décret n°2011-2096 du 30 décembre 2011 - art. 2

I. Pour bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 adressent à la caisse d'assurance maladie dont elles relèvent 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 conformément aux dispositions prévues aux A et C du I de l'article R. 262-103 et à l'article R. 262-104-1 du code de l'action sociale et des familles. La demande comporte l'indication de l'organisme mentionné à l'article L. 861-4 choisi pour assurer la protection complémentaire.

Si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste sur l'honneur que ces revenus ne dépassent pas le plafond prévu à l'article L. 861-1.

Les conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité et autres personnes rattachées au foyer au titre des situations prévues aux 1° ou 3° de l'article R. 861-2 peuvent, lorsque la situation ayant justifié ce rattachement prend fin, demander à bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire en matière de santé. S'ils ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs relatifs à leurs ressources, ils peuvent produire une déclaration sur l'honneur et les éléments d'appréciation en leur possession sur leurs revenus, en s'engageant à établir dorénavant une déclaration de revenu distincte de celle du foyer fiscal auquel ils étaient antérieurement attachés.

II. La décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est prise par le préfet du département dans lequel est situé le siège de la caisse d'affiliation du demandeur. Il peut déléguer par arrêté sa compétence aux directeurs des caisses d'assurance maladie du département.

Le préfet ou le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie sa décision à l'intéressé dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il délivre à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus une attestation du droit à la protection complémentaire mentionnant la période d'ouverture du droit et l'adresse de l'organisme qui en assure le service.

Article R861-17

Modifié par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Après que la décision d'attribution de la protection complémentaire a été prise conformément à l'article R. 861-16, si le bénéficiaire a choisi un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4, la caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié transmet sans délai à cet organisme les renseignements relatifs au bénéficiaire et aux personnes à sa charge. Il lui indique notamment si l'une ou plusieurs de ces personnes sont des enfants mineurs en résidence alternée chez chacun de leurs parents considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents en application de l'avant-dernier alinéa de l'article R. 861-2.

L'organisme adresse au bénéficiaire un formulaire d'adhésion ou un contrat prévu à l'article L. 861-5 qui précise le contenu et les modalités de la prise en charge consentie au titre de la protection complémentaire en matière de santé, la date à laquelle les droits sont ouverts et à laquelle le contrat ou l'adhésion prend effet, ainsi que les conditions dans lesquelles le contrat ou l'adhésion prend fin. Ce formulaire d'adhésion ou ce contrat ne peut comporter aucune disposition afférente à d'autres garanties.

Article R861-18

Créé par Décret n°99-1049 du 15 décembre 1999 - art. 5

Le renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé est demandé au moins deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée, selon les modalités prévues au I de l'article R. 861-16.

Les dispositions du II de l'article R. 861-16 et de l'article R. 861-17 sont applicables à ce renouvellement.

Section 4 : Participation des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances à la protection (Articles R861-19 à R861-21)

Article R861-19

Modifié par Décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011 - art. 1

I.-La déclaration prévue à l'article L. 861-7 est adressée au fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1.

L'organisme qui la souscrit s'engage à accueillir et à renseigner les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 dans toutes ses implantations compétentes en matière d'assurance complémentaire de santé. La liste de ces implantations est annexée à la déclaration.

Les organismes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 actualisent chaque année, avant le 1er novembre, les indications figurant sur la déclaration prévue au premier alinéa et la liste prévue au deuxième alinéa du présent article.

II.-Au vu de la déclaration et de la liste des implantations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I, le directeur du fonds inscrit l'organisme sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 par décision publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

L'inscription prend effet à compter du 1er janvier si la déclaration de l'organisme a été adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente. Elle se renouvelle par tacite reconduction par année civile sous réserve d'une renonciation adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente.

Toute décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé emporte, pour l'organisme inscrit sur la liste, l'obligation de servir au bénéficiaire les prestations prévues à l'article L. 861-3 pendant un an à compter de la date d'effet de la décision d'attribution.

III. Le fonds met à disposition du public sur son site internet la liste des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé et celle des implantations qu'ils lui ont déclarées.

Article R861-20

Modifié par Décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011 - art. 1

Dans les cas mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 861-7, la radiation de la liste prévue à cet article n'est prononcée par le directeur du fonds qu'après que l'organisme de protection complémentaire a été mis à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il dispose à cet effet d'un délai d'un mois à compter de la notification des faits qui lui sont reprochés. Il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

L'organisme qui a fait l'objet d'une radiation ne peut faire l'objet d'une nouvelle inscription sur la liste, à sa demande, avant la troisième année suivant sa radiation.

Article R861-21

Lorsque l'organisme de protection complémentaire n'est plus en mesure d'honorer les clauses du contrat ou de l'adhésion, ou lorsqu'il a été radié de la liste dans les conditions prévues à l'article R. 861-20, le service des prestations de la protection complémentaire en matière de santé est assuré, jusqu'à l'expiration de la période prévue au dernier alinéa de l'article L. 861-5, par l'organisme mentionné à l'article L. 861-6.

Section 5 : Remboursement des prestations versées à tort. (Articles R861-22 à R861-26)

Article R861-22

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

Pour l'application de l'article L. 861-10, les organismes mentionnés à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations de la protection complémentaire en matière de santé versées à tort en émettant à l'encontre du débiteur un avis des sommes à payer. Cet avis précise les dates des soins ou prestations effectués et les dates et les montants correspondants des versements effectués à tort. A peine de nullité, cet avis, établi en deux exemplaires, informe le débiteur qu'il peut demander la remise ou la réduction de sa dette, dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'avis des sommes à payer. Cette demande est déposée auprès de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer. Le recouvrement de la somme due ne peut intervenir pendant ce délai.

Article R861-23

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

La demande de remise ou de réduction de dette est transmise 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, dans un délai de quinze jours à compter de la réception de cette demande à peine de nullité de sa créance.

Article R861-24

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

La décision du préfet mentionné à l'article R. 861-23 est notifiée au débiteur et à l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer en application de l'article R. 861-22. La décision mentionne le montant de la somme due et, le cas échéant, le montant de la remise ou réduction accordée.

Article R861-25

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

La dette restant à la charge du débiteur mentionné à l'article R. 861-22 peut être remboursée selon un échéancier établi par l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer.

Article R861-26

Créé par Décret n°2008-88 du 28 janvier 2008 - art. 5

La décision de remise ou de réduction de dette éteint la créance ou fraction de créance correspondante de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer à l'encontre du débiteur. Si cette créance est consécutive au retrait ou à l'annulation contentieuse de la décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, les versements effectués au titre du a de l'article L. 862-2, ainsi que les déductions antérieurement déclarées par l'organisme en application du 2° du I de l'article R. 862-11, se rapportant à la personne et aux périodes concernées, restent acquis à l'organisme concerné.

Section 6 : Pénalités. (Articles R861-27 et R861-29)

Article R861-27

Modifié 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 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1, 4, 5 et 6 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier sont applicables aux professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux, recevant des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ou leur servant des prestations.

Article R861-29

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

Lorsque la pénalité financière est prononcée au titre du premier alinéa de l'article R. 861-27, la notification de payer mentionne que la dette doit être réglée dans un délai d'un mois et qu'un échelonnement du paiement peut être accordé, sur une durée maximale de douze mois, sur demande motivée de l'intéressé.

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)

Article D861-1

Modifié par Décret n°2014-782 du 7 juillet 2014 - art. 1

Le plafond annuel prévu à l'article L. 861-1 est fixé à 8 644,52 € pour une personne seule.

Ce plafond est majoré de 11,3 % pour les personnes résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D861-2

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

Pour bénéficier du tiers payant prévu à l'article L. 861-3, le bénéficiaire des soins doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé 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 droit délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'assurance maladie. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le contenu de cette attestation.

Le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 861-3 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 droit en cours de validité et de la carte d'assurance maladie.

Article D861-3

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

Lorsque les organismes servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents, le tiers payant s'effectue selon les modalités définies aux articles D. 861-4 à D. 861-7.

Par exception, les professionnels et les établissements de santé peuvent signer des conventions avec les organismes d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire définissant les modalités du tiers payant autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent. Lorsque les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie ne sont pas signataires de ces conventions, ils sont informés de leur contenu par les parties signataires.

Article D861-4

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

Pour les actes et prestations dispensés par les professionnels de santé et pour ceux qui n'entrent pas dans le champ de la dotation annuelle de financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1, la dispense d'avance de frais faisant intervenir un interlocuteur unique prévue à l'article L. 861-3 s'effectue selon la procédure suivante :

1° Le professionnel ou l'établissement de santé transmet à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie, dans les conditions fixées aux articles R. 161-47 et R. 161-48, les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement ;

2° L'organisme servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie liquide la part des dépenses prises en charge respectivement par le régime de base et par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Il effectue le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé de la totalité des sommes prises en charge. Il lui adresse un relevé des prestations commun à l'organisme servant les prestations du régime de base et à l'organisme d'assurance maladie complémentaire ;

3° Les échanges d'informations entre les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire s'effectuent par voie électronique et sont conformes aux spécifications techniques définies par le cahier des charges de la norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs, établi par les caisses nationales d'assurance maladie après concertation avec les organismes d'assurance maladie complémentaire ;

Les sommes dues à l'organisme servant les prestations du régime de base par l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont payées dans un délai de cinq jours à compter de la date de la facturation par l'assurance maladie obligatoire.

Le paiement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'accompagne de l'envoi d'une pièce justificative électronique de paiement.

Le service rendu par l'organisme d'assurance maladie est facturé à l'organisme d'assurance maladie complémentaire dans des conditions fixées par arrêté.

NOTA : Décret n° 2015-770 du 29 juin 2015, article 3 : Par dérogation à l'article D. 861-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent décret et pour les actes et prestations qui n'entrent pas dans le champ de la dotation annuelle de financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du même code, le tiers payant s'applique à compter des dates fixées par le dernier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Avant ces dates, les dispositions de l'article D. 861-5 du même code sont applicables.

Lorsqu'il est fait application du tiers payant prévu à l'article L. 863-7-1 du même code, les dispositions de la deuxième phrase du 2° de l'article D. 861-4 s'appliquent, entre le 1er juillet 2015 et le 31 décembre 2015, à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge des dépenses fixés par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code, dans sa rédaction résultant du I de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article D861-5

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

Pour les prestations autres que celles mentionnées à l'article D. 861-4 délivrées par les établissements de santé mentionnés au L. 174-1, la dispense d'avance de frais pratiquée sur la part prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'effectue selon l'une ou l'autre des deux modalités ci-dessous :

1° L'établissement de santé adresse une demande de paiement sur support électronique à sa caisse pivot qui la transmet sans délai à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie. Lorsque l'envoi dématérialisé est impossible, l'établissement adresse directement la demande de paiement sur support papier à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie. Cet organisme effectue le paiement du montant correspondant à l'établissement de santé pour le compte de l'organisme d'assurance maladie complémentaire et envoie à l'établissement de santé un relevé des prestations servies par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Les relations entre l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base et celui servant les prestations complémentaires sont définies conformément au 3° de l'article D. 861-4 ;

2° L'établissement adresse sa demande de paiement directement à l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Celui-ci assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la prestation, le paiement à l'établissement du montant correspondant et l'envoi d'un relevé des prestations prises en charge.

Article D861-6

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

Sauf en cas de rejet dûment motivé et porté à la connaissance des intéressés par les organismes servant les prestations d'un régime de base, les paiements aux professionnels ou aux établissements de santé mentionnés à l'article D. 861-4 et au 1° de l'article D. 861-5 sont effectués dans un délai de :

1° Sept jours à compter de la date de l'accusé de réception mentionné au sixième alinéa du I de l'article R. 161-47, en cas d'utilisation d'une feuille de soins électronique ;

2° Vingt et un jours à compter de la date d'envoi par le professionnel ou l'établissement de santé, en cas d'utilisation d'une feuille de soins sur support papier. Ce délai est prorogé de quinze jours lorsque la feuille de soins sur support papier a été adressée à un organisme d'assurance maladie différent de celui servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie.

Article D861-7

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

Un arrêté fixe le contenu des relevés de prestations adressés aux professionnels et aux établissements de santé ainsi que les modalités d'échange d'informations entre les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article D861-8

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

Pour bénéficier du tiers payant prévu au neuvième alinéa de l'article L. 861-3, le bénéficiaire doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31 et l'attestation de tiers payant délivrée par son organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie.

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) : Voir : [www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Dispositions financieres et organisation Fonds CMU.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Dispositions_financieres_et_organisation_Fonds_CMU.pdf)

Chapitre III : Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

(Articles D863-1 et D863-2) : Voir [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ACS_dispositions%20legislatives reglementaires.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ACS_dispositions%20legislatives_reglementaires.pdf)