

CIRCULAIRE

CIR-30/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

21/08/2019

Domaine(s) :

dossier client assurés

gestion du risque

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| Nouveau | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Modificatif | <input type="checkbox"/> |
| Complémentaire | <input type="checkbox"/> |
| Suivi | <input type="checkbox"/> |

Objet :

Présentation de la réforme sur la Complémentaire santé solidaire

Liens :

Plan de classement :

P01-04 P10

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT | <input type="checkbox"/> Cnam |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> DCGDR | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit l'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS.

A compter du 1er novembre 2019, l'ACS sera donc supprimée et la CMU-C deviendra la Complémentaire santé solidaire.

L'instruction vise à présenter la réforme telle qu'introduite par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et ses textes d'application.

Mots clés :

Complémentaire santé solidaire ; CMUC ; ACS ; participation financière

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 30/2019

Date : 21/08/2019

Objet : Présentation de la réforme sur la Complémentaire santé solidaire

Affaire suivie par : reglementation.prestation.cnam@assurance-maladie.fr

Annoncée par la Ministre des solidarités et de la santé lors du lancement de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'extension de la CMUC aux bénéficiaires de l'ACS constitue une réforme importante pour l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources.

En effet, malgré la réforme de l'ACS intervenue en juillet 2015 visant à simplifier les démarches des assurés par la mise en place de contrats sélectionnés, force est de constater que ce dispositif n'atteint toujours pas un taux de recours satisfaisant : entre 41% et 59% en 2017 (chiffres DREES). Par ailleurs, plus de 20% des bénéficiaires ne transforment pas le droit attribué et ne souscrivent pas de contrat ACS.

Au-delà de la complexité du dispositif, il s'avère que les restes à charge sur des postes de soins importants (prothèses dentaires, optique, audiologie et autres dispositifs médicaux), ainsi que le reste à payer sur les primes des contrats sélectionnés après déduction de l'attestation-chèque (le reste à payer moyen étant de : 134 € pour un contrat A - niveau de garantie de base ; 226 € pour un contrat B – niveau de garantie intermédiaire ; et 304 € pour un contrat C – contrat le plus couvrant) demeurent des freins au dispositif ACS.

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 opère une réforme profonde de ce dispositif d'aide à la couverture complémentaire afin d'améliorer le taux de recours de la population aujourd'hui éligible à l'ACS par une simplification des démarches et une amélioration des garanties couvertes.

Cet article supprime ainsi l'ACS pour permettre à ses bénéficiaires d'accéder à la CMU-C moyennant paiement d'une participation financière. Ce nouveau dispositif, appelé la « Complémentaire santé solidaire » remplace, à compter du 1^{er} novembre, la CMUC et l'ACS.

Selon le niveau de ressources du foyer, la Complémentaire santé solidaire nécessitera le paiement d'une participation financière. Ce niveau de ressources est le même que celui applicable aux actuels bénéficiaires de l'ACS (plafond CMUC majoré de 35%). Pour les bénéficiaires dont les ressources correspondent aux seuils actuels de la CMUC, le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire ne nécessitera pas le paiement d'une participation financière.

Cette réforme ne remet pas en cause les règles aujourd'hui en vigueur concernant notamment la constitution du dossier, le choix de l'organisme complémentaire, le délai de réponse de la caisse et les règles de composition du foyer.

Les droits accordés sont les mêmes, que ceux-ci nécessitent paiement ou non d'une participation financière : panier de soins, dispense d'avance de frais, tarifs opposables et contrat de sortie.

Au-delà de cette réforme, l'article 52 a donné, depuis le 1^{er} janvier 2019, une compétence directe aux directeurs des organismes assurant la prise en charge des frais de santé pour l'attribution des droits à la CMU-C et à l'ACS, le décret n°2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé en tire les conséquences réglementaires.

L'article 52 a également posé le principe, depuis le 1^{er} avril 2019, du renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

La présente circulaire vous présente la réforme de la CMUC et de l'ACS, telle qu'issue :

- de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019
- du décret n°2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale
- du décret n°2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale
- de l'arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

Cette réforme entre en vigueur le 1^{er} novembre 2019.

A compter de cette date, l'ACS sera supprimée. Un seul dispositif existera : la Complémentaire santé solidaire moyennant ou non, paiement d'une participation financière.

Textes en vigueur au 1^{er} novembre 2019 :

Articles L.861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

Articles R.861-2 et suivants du Code de la sécurité sociale

Articles D.861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

| | | |
|------------------------|--|-----------------------------|
| 1-1 | LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE..... | 4 |
| 1-1-1 | LA CONDITION PREALABLE DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE..... | 4 |
| 1-1-2 | LA CONDITION DE RESSOURCES | 4 |
| 1-1-2-1 | LES RESSOURCES PRISES EN COMPTE | 5 |
| 1-1-2-2 | LES RESSOURCES EXCLUES..... | 5 |
| 1-1-2-3 | LA PROCEDURE « TRAIN DE VIE » | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| 1-2 | LA NOTIFICATION ET L'OUVERTURE DU DROIT | 6 |
| 1-2-1 | LA NOTIFICATION DU DROIT | 6 |
| 1-2-2 | LA DATE D'OUVERTURE DU DROIT..... | 6 |
| 1-2-3 | MODIFICATION DU FOYER EN COURS DE DROIT..... | 7 |
| 1-3 | LE PAIEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIERE | 7 |
| 1-3-1 | LA DETERMINATION DU MONTANT DE LA PARTICIPATION FINANCIERE | 7 |
| 1-3-2 | LA FORMALISATION DE L'ADHESION | 7 |
| 1-3-3 | LES INCIDENTS DE PAIEMENT DE PARTICIPATIONS FINANCIERES | 8 |
| 1-3-3-1 | LA SUSPENSION DU DROIT | 8 |
| 1-3-3-2 | LA REGULARISATION DES PARTICIPATIONS FINANCIERES | 9 |
| 1-4 | ARTICULATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE AVEC LES GARANTIES COLLECTIVES OBLIGATOIRES..... | 9 |
| 1-5 | LES DROITS DES ASSURES A L'ISSUE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE..... | 9 |
| 2^{EME} | PARTIE LA PHASE TRANSITOIRE POUR LES BENEFICIAIRES DE L'ACS..... | 10 |
| 3^{EME} | PARTIE LE RENOUELEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE | 11 |
| 3-1 | LE PRINCIPE ET LES MODALITES DU RENOUELEMENT | 11 |
| 3-2 | LE RENOUELEMENT TARDIF | 11 |
| 3-3 | LE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE POUR LES ALLOCATAIRES DU RSA ET DE L'ASPA | 11 |
| 4^{EME} | PARTIE : LA FERMETURE DES DROITS..... | 12 |
| 4-1 | L'ABSENCE DE REGULARISATION DES PARTICIPATIONS FINANCIERES | 12 |
| 4-2 | LE RECOUVREMENT DES PRESTATIONS VERSEES A TORT ET DES PARTICIPATIONS FINANCIERES NON ACQUITTEES | 12 |
| 4-2-1 | LA NOTIFICATION DE PAYER | 13 |
| 4-2-2 | LA MISE EN DEMEURE | 13 |
| 4-2-3 | L'INJONCTION DE PAYER | 13 |
| 4-3 | LA DEMANDE DE REMISE OU DE REDUCTION DE DETTES | 13 |

1^{ère} partie : L'examen de la demande de Complémentaire santé solidaire

La demande de Complémentaire santé solidaire se fait dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui pour la CMUC et l'ACS : elle comporte les informations relatives à la composition du foyer, aux ressources, au choix de l'organisme complémentaire qui gèrera la Complémentaire santé solidaire. Cette demande se fait via le formulaire homologué ou par voie dématérialisée (art.R.861-16 CSS).

Le formulaire de demande de Complémentaire santé solidaire fera l'objet d'une diffusion ultérieure.

Les modalités de choix de l'organisme complémentaire sont inchangées au regard de ce qui est fait aujourd'hui pour la CMUC, que la Complémentaire santé solidaire attribuée nécessite ou non le paiement d'une participation financière.

Lorsque l'assuré obtient le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire alors qu'il est déjà couvert par un organisme complémentaire :

- il doit le conserver jusqu'au renouvellement de son droit si l'organisme figure sur la liste du Fonds CMU. Il pourra changer librement d'organisme gestionnaire à l'occasion du renouvellement ;
- ou il obtient, à sa demande, la résiliation de son contrat si l'organisme ne figure pas sur la liste du Fonds CMU. Il doit choisir un organisme qui figure sur la liste du Fonds CMU.

1-1 Les conditions d'attribution de la Complémentaire santé solidaire

1-1-1 La condition préalable de la prise en charge des frais de santé

L'article L.861-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « *Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :*

1° Sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;

2° Sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 % . »

A ce titre, pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais de santé, les personnes visées à l'article L.160-1 doivent soit exercer une activité professionnelle, soit résider en France de manière stable et régulière. Ainsi, dès lors que le demandeur bénéficie de la prise en charge des frais de santé au titre de l'article L.160-1, il est présumé remplir ces conditions.

L'ouverture des droits de base est donc un préalable nécessaire et indispensable à l'ouverture des droits à la Complémentaire santé solidaire.

Dès lors, les ressources sont à étudier pour déterminer le droit qui peut être accordé.

1-1-2 La condition de ressources

Selon le niveau de ressources du foyer considéré, le droit attribué pourra être une Complémentaire santé solidaire moyennant ou non le paiement d'une participation financière.

Les plafonds définis pour l'attribution de l'ACS s'appliquent désormais à la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière en application de l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, les plafonds en vigueur depuis le 1^{er} avril 2019 sont toujours applicables jusqu'à la prochaine revalorisation au 1^{er} avril 2020 (**Annexe 1**).

Les règles de composition du foyer et la détermination du plafond applicable selon la composition du foyer reste inchangée. Cependant, le décret n°2019-621 du 21 juin 2019 apporte quelques modifications quant au champ des ressources à prendre en compte ou à exclure. Les autres principes demeurent, ainsi que leurs conditions d'application (forfaits logement, abattement pour les allocataires AAH/ASPA/ASV, abattement de 30% sur les revenus d'activités).

1-1-2-1 Les ressources prises en compte

Le décret n°2019-621 apporte les modifications suivantes quant aux ressources à prendre en compte :

- Les notions de revenus de biens mobiliers et immobiliers et de revenus des capitaux sont remplacées par les notions de revenus du patrimoine et produits de placement. Ils sont désormais pris en compte pour leur montant imposable selon le dernier avis d'imposition connu (article R.861-4 CSS), après application d'un abattement dont le taux sera fixé par arrêté (article R.861-4 CSS) ;
- L'abattement de 30% sur les revenus d'activité prévu par l'article R.861-8 est modifié en ce qui concerne la situation des arrêts maladie pour cause d'affection longue durée. Cet abattement doit désormais être appliqué pour tout arrêt de travail au titre de la maladie supérieur à 6 mois et non plus seulement en cas d'arrêt maladie pour cause d'affection de longue durée. Les règles anciennement en vigueur restent applicables : l'abattement de 30% se fait uniquement sur les rémunérations d'activité perçues par la seule personne du foyer remplissant les conditions de son application. Il s'effectue dès lors que l'intéressé se trouve en arrêt de travail au titre de la maladie supérieur à 6 mois pendant la période de référence. Les autres situations permettant d'ouvrir droit à l'abattement de 30% restent en vigueur.
- L'évaluation forfaitaire pour les travailleurs indépendants est supprimée (article R.861-15 CSS) : les textes permettent en effet de recourir à la base de calcul qui sert en cas de taxation d'office, sans recourir à l'évaluation forfaitaire.

1-1-2-2 Les ressources exclues

Le décret n°2019-621 opère un toilettage de l'article R.861-10 CSS. La modification substantielle concerne l'exclusion des toutes les bourses soumises à condition de ressources (secondaires et de l'enseignement supérieur) et non plus seulement celles de l'enseignement secondaire.

Par ailleurs, si les charges consécutives au versement de pensions et obligations alimentaires qu'elles fassent suite ou non à une décision de justice ou administrative viennent toujours en déduction des ressources, il s'agit désormais de déduire le montant tel qu'il figure sur le dernier avis d'imposition connu et non plus celui des douze mois qui précèdent la demande (article R.861-9 CSS).

A noter que la mention des prestations en nature dues au titre des assurances maladie, invalidité, ou de l'assurance accident du travail est supprimée. Il ne s'agit pas de les inclure dans les ressources mais de toiletter cet article dans la mesure où ces versements constituent non pas une ressource mais un remboursement (compensation de charge).

Pour rappel, les ressources suivantes sont également à exclure :

- le revenu de solidarité active et la prime d'activité (article L.861-2 CSS)
- les rémunérations de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle 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 R.861-8 CSS).

Point d'attention : le décret n°2019-718 du 5 juillet 2019 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, paru au Journal officiel du 7 juillet modifie l'article R.861-10 6°.

Ainsi, **à compter du 8 juillet 2019**, dans le cadre de l'instruction d'un dossier de demande de CMUC/ACS, pour les assurés travailleurs indépendants/conjoints collaborateurs, sont désormais à exclure des ressources, non seulement les indemnités et allocations complémentaires versées aux conjoint(e)s collaborateur(trice)s, à l'occasion d'un remplacement dans le cadre d'un congé maternité, paternité, adoption (article L. 663-1 CSS) mais également les allocations et indemnités complémentaires de remplacement versées au conjoint collaborateur en cas décès de la mère (art. L. 663-2 CSS).

1-2 La notification et l'ouverture du droit

1-2-1 La notification du droit

Depuis le 1^{er} janvier 2019, l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a mis fin à la compétence du Préfet pour la transférer au directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé, désormais compétent sans délégation. Le décret n°2019-621 modifie les dispositions réglementaires en conséquence.

Le directeur de l'organisme compétent pour l'instruction de la demande notifie sa décision à l'intéressé dans un délai de deux mois à compter de la réception du dossier complet par la caisse compétente.

Cette notification précise le cas échéant le montant de la participation financière que l'assuré doit acquitter pour bénéficier de ce droit (art. R.861-16-1 CSS).

En cas de choix d'un organisme complémentaire figurant sur la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire ou si certains membres du foyer sont rattachés à un organisme assurant la prise en charge des frais de santé différent de celui du demandeur, la caisse d'assurance maladie à laquelle le demandeur est rattaché transmet sans délai aux organismes concernés les renseignements relatifs au bénéficiaire de la protection complémentaire et aux personnes à sa charge. Elle indique notamment si certains enfants sont en résidence alternée (art. R.861-17 CSS).

1-2-2 La date d'ouverture du droit

La date d'ouverture des droits de la Complémentaire santé solidaire non participative ne change pas au regard de ce qui est fait pour la CMUC à savoir au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la décision ou au 1^{er} jour du mois de la demande (art.L.861-5 CSS). Elle est accordée pour un an.

En présence d'une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, le droit est ouvert, pour un an, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception des éléments nécessaires au paiement (art. L.861-5 CSS).

La caisse d'assurance maladie invite alors l'assuré à mettre à jour sa carte vitale. En effet, l'information du droit à la Complémentaire santé solidaire est portée en carte vitale à l'occasion de cette mise à jour (sans que ne soit mentionné le caractère participatif ou non de la Complémentaire santé solidaire).

A compter de la date d'ouverture des droits, outre le bénéficiaire du même panier de soins, des tarifs opposables et de la dispense d'avance de frais, ces assurés sont exonérés de la participation forfaitaire (art.L.160-13 II) et de la franchise (L.160-13 III) en application de l'article L.160-15 CSS.

1-2-3 La modification de la composition du foyer en cours de droit

Alors qu'un foyer est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement ou non d'une participation financière, ce dernier peut être sujet à modification dans la composition familiale, en cours de droit.

En application de l'article R.861-16-5, en cas de naissance, d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur en cours de droit, le demandeur informe l'organisme gestionnaire de ce changement.

Le mineur qui intègre le foyer en cours de droit, bénéficie de la Complémentaire santé solidaire moyennant ou non le paiement d'une participation financière (sans que cela ne donne lieu au paiement d'une participation financière supplémentaire).

En cas de décès du bénéficiaire ou s'il ne réside plus en France, le droit à la Complémentaire santé solidaire ainsi que le prélèvement de la participation financière cessent.

1-3 Le paiement de la participation financière

1-3-1 La détermination du montant de la participation financière

Lorsque l'étude des ressources du foyer conduit à attribuer une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, son montant est déterminé, pour chaque membre du foyer, en fonction de l'âge du bénéficiaire au 1^{er} janvier de l'année d'attribution (art. R.861-16-1 CSS).

L'arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion définit cinq tranches d'âge ainsi que les montants mensuels de la participation financière correspondant (**Annexe 2**).

L'arrêté définit également des montants de participation financière spécifiques pour les assurés relevant du Régime Local Alsace-Moselle, les tranches d'âge sont communes aux autres assurés.

La participation financière est due à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire (art. L.861-11 CSS). Chaque organisme gestionnaire choisi gère le recouvrement de ses propres participations financières, qu'il s'agisse d'un organisme d'assurance maladie ou d'un organisme figurant sur la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire.

1-3-2 La formalisation de l'adhésion

Lorsque le foyer se voit notifier un droit à la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, l'organisme gestionnaire choisi, qu'il s'agisse d'un organisme d'assurance maladie ou d'un organisme figurant sur la liste du fonds CMU transmet sans délai au demandeur les éléments suivants (art. R.861-16-2 ; art.R861-17 CSS) :

- Un bulletin d'adhésion ou un contrat qui devra préciser¹ :
 - Le montant annuel de la participation financière due pour chaque membre du foyer qui l'a choisi ;
 - Les garanties prises en charges au titre de la Complémentaire santé solidaire (pour rappel, elles sont identiques à une Complémentaire santé solidaire sans participation financière) ;
 - La durée du bénéfice du droit ;
 - Les circonstances dans lesquelles il pourra être mis fin à la prise en charge des frais de santé par la Complémentaire santé solidaire en application de l'article L.861-11 (non-paiement des participations financières).
- Un document autorisant le prélèvement du montant des participations financières².

¹ En application de l'article R.861-16-2 II du Code de la sécurité sociale, ce bulletin ou ce contrat peuvent être accompagnés d'un contrat comportant des dispositions afférentes à des garanties facultatives. Il indique alors le montant des cotisations supplémentaires associées à ces garanties.

En application de l'article R.861-16-3, chacun des membres du foyer dispose d'un délai de trois mois à compter de la date d'envoi du bulletin d'adhésion et du mandat de prélèvement pour faire valoir son droit auprès de son organisme gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire, par la transmission d'un moyen de paiement et du bulletin d'adhésion ou du contrat.

Il peut opter pour un autre moyen de paiement que le prélèvement (il retourne, en lieu et place de l'autorisation de prélèvement, le montant dû au titre de la première échéance ainsi qu'une déclaration l'engageant à acquitter le montant des participations avec un unique mode de paiement, chaque mois, à terme à échoir).

Comme déjà précisé, le droit est ouvert au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de ces éléments, pour un an (art. L.861-5 CSS).

Le paiement des participations financières s'opère chaque mois, à terme à échoir (art.R.861-16-2).

1-3-3 Les incidents de paiement de participations financières

L'article L.861-11 renvoie à un décret en Conseil d'Etat la définition des conditions de suspension et de fermeture des droits en l'absence de paiement de la participation par l'assuré. Le décret n°2019-621 en définit les modalités au sein des articles R. 861-30 à R. 861-35 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque le bénéficiaire ne s'acquitte pas de tout ou partie d'une mensualité de participation financière, son montant (ou le reliquat dû) est cumulé avec la mensualité suivante (article R.861-30 I du CSS).

1-3-3-1 La suspension du droit

Si le bénéficiaire n'acquitte pas tout ou partie du montant correspondant à deux mensualités successives, son organisme gestionnaire l'informe qu'en l'absence de paiement dans les 30 jours à compter de la date de la notification de cette information, le droit au bénéfice de la protection complémentaire sera suspendu (article R.861-30 II du CSS).

A l'issue de ce délai, en l'absence de régularisation des sommes dues (par paiement total ou accord avec l'organisme gestionnaire sur les modalités de paiement), le directeur de l'organisme gestionnaire prend une décision de suspension du droit du bénéficiaire (article R.861-31 I du CSS).

La suspension prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant l'expiration de ce délai.

Aucune nouvelle demande de Complémentaire santé solidaire ne peut être déposée pendant la période de suspension.

L'assuré ne bénéficie plus de l'exonération des participations forfaitaires et franchises. Il ne peut prétendre au tiers-payant sur la part obligatoire prévu à l'alinéa 8 de l'article L.861-3 CSS et D.861-8.

La notification de suspension doit mentionner :

- que le bénéficiaire dispose d'un nouveau délai de 30 jours à compter de la date de la notification de la suspension pour présenter ses observations écrites ou orales ou régulariser les sommes dues,
- et qu'en l'absence de régularisation à l'issue de ce délai, il sera mis fin au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé.

Cette procédure s'applique, quel que soit l'organisme gestionnaire.

Lorsque l'organisme gestionnaire est un organisme figurant sur la liste du Fonds CMU, celui-ci informe sans délai l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de la décision de suspension du droit.

² Les frais liés aux opérations de prélèvement ne peuvent être imputés à l'assuré.

1-3-3-2 La régularisation des participations financières

L'acquittement du montant de l'ensemble des participations financières échues entraîne, outre la fin de la suspension, l'abandon de leur recouvrement ainsi que celui des frais de santé qui auraient été indument pris en charge pendant la période de suspension.

Les droits à la protection complémentaire en matière de santé sont donc rétablis rétroactivement à la date de suspension.

1-4 Articulation de la Complémentaire santé solidaire avec les garanties collectives obligatoires

L'article L.911-7 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour tous.

Le III de ce même article renvoie à un décret la définition des catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire.

L'article D.911-2 du code de la sécurité sociale, prévoit ainsi que peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans leur entreprise, les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

La dispense d'adhésion qui existait déjà pour la Complémentaire santé solidaire sans participation financière trouve donc également à s'appliquer pour les salariés qui ont souscrit à une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

1-5 Les droits des assurés à l'issue de la Complémentaire santé solidaire

En application des articles L.861-3 alinéa 8 et D.861-8 CSS, les assurés qui sortent du dispositif Complémentaire santé solidaire, qu'elle soit participative ou non, bénéficient, pendant un an, de la dispense d'avance de frais pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Ils reçoivent à ce titre, à l'échéance de leur droit, une attestation de droit à la prise en charge de leur frais de santé sur la part obligatoire, valable un an.

L'article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée, fait également obligation aux organismes de protection sociale complémentaire de proposer à toute personne ayant bénéficié de la Complémentaire santé solidaire, une prolongation d'adhésion ou de contrat pour une durée d'un an et comportant les mêmes prestations, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1. L'arrêté du 8 mars 2013 modifiant l'arrêté du 27 avril 2001 fixe le tarif maximum d'adhésion ou de contrat qui peut être réclamé lors de cette prolongation à 370€ (celui-ci varie en fonction du nombre de personnes couvertes).

Cette disposition reste applicable avec l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} novembre 2019, que ce soit pour la Complémentaire santé solidaire moyennant participation financière ou la Complémentaire santé solidaire sans participation financière.

La circulaire n° DSS/2A/2001/619 du 17 décembre 2001 relatif à la prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé est à ce jour toujours applicable.

Le dispositif sera réformé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et s'appliquera à tous les contrats souscrits à partir du 1^{er} janvier 2020.

2^{ème} partie : La phase transitoire pour les bénéficiaires de l'ACS

A compter du 1^{er} novembre 2019, plus aucune décision d'attribution de l'ACS ne sera prise par les organismes d'assurance maladie obligatoire, quand bien même un dossier de demande de CMUC/ACS aura été déposé avant cette date.

Ces demandes feront l'objet d'une étude au titre de la Complémentaire santé solidaire et en cas d'accord, selon le niveau de ressources du foyer, d'une notification de droit à la Complémentaire santé solidaire avec ou sans paiement d'une participation financière. Il est rappelé en effet que les plafonds actuels de l'ACS sont les mêmes que les plafonds de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

Pour autant, certains assurés seront destinataires des décisions d'attribution de l'ACS prises par les organismes d'assurance maladie, antérieurement au 1^{er} novembre. Ils seront alors en possession d'une attestation-chèque ACS. Il est admis, en accord avec le Ministère de la santé et les organismes complémentaires, pour les assurés qui n'auront pas utilisé leur attestation-chèque avant le 1^{er} novembre 2019, qu'ils puissent transformer leur droit ACS en Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière. Pour cela, à réception d'une attestation-chèque, l'organisme complémentaire choisi fera part du montant de la participation financière à acquitter pour pouvoir bénéficier de ce droit, accompagné du bulletin d'adhésion ou d'un contrat, et d'un mandat de prélèvement. L'assuré sera libre d'y souscrire ou non.

En outre, l'article 52 IX de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit des dispositions transitoires pour les bénéficiaires de l'ACS qui ont souscrit un contrat ACS. Ainsi, si à compter du 1^{er} novembre 2019, plus aucun contrat ACS ne peut être souscrit, les textes prévoient en revanche que les contrats ACS en cours au 1^{er} novembre 2019 aillent jusqu'à leur terme.

Cet article ouvre également la possibilité pour l'assuré qui a un contrat ACS en cours au 1^{er} novembre, de le résilier, sans frais ni pénalité, afin de pouvoir bénéficier de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement de participation pour la durée du droit restant à courir et des droits qui y sont attachés. L'assuré pourra faire ce choix sur la base des informations transmises par son organisme complémentaire.

Le devenir du « tiers-payant social » : Le tiers-payant social appelé tiers-payant sur la part obligatoire (depuis la réforme de l'ACS de juillet 2015) relève de dispositions conventionnelles. Avec la suppression de l'ACS, le tiers-payant sur la part obligatoire n'a plus de fondement légal à compter du 1^{er} novembre 2019. Cependant les attestations de droit au tiers-payant sur la part obligatoire émises avant le 1^{er} novembre 2019 restent valables jusqu'à leur échéance. Ainsi, tout bénéficiaire de l'ACS qui sera en sa possession pourra s'en prévaloir auprès des médecins alors même qu'il n'a pas souscrit de contrat ACS.

A noter que si ces derniers ont transformé leur droit ACS en Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, cette attestation de tiers-payant sur la part obligatoire n'a plus lieu d'être utilisée, dans la mesure où ils bénéficient du tiers-payant intégral au titre de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

3-1 Le principe et les modalités du renouvellement

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

Le renouvellement s'effectue donc selon les mêmes modalités que pour une première demande : constitution du dossier avec formulaire, pièces justificatives et le choix de l'organisme complémentaire.

Il s'agit d'éviter les ruptures de droit, notamment lors du renouvellement d'une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, lequel nécessite le renvoi du bulletin d'adhésion ou du contrat et du mandat de prélèvement.

Pour toute demande de renouvellement déposée entre 2 et 4 mois avant la fin du droit, le droit renouvelé prendra effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent (sous réserve d'avoir reçu, le cas échéant, les éléments nécessaires au paiement de la participation financière).

3-2 Le renouvellement tardif

Lorsqu'une demande de renouvellement de Complémentaire santé solidaire est déposée tardivement, c'est-à-dire moins de 2 mois avant l'échéance du droit précédent, l'article R.861-18 prévoit dans ce cas, de manière exceptionnelle, que le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé puisse décider que le droit prenne effet le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent.

Pour une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, cette exception, qui autorise le droit renouveler à prendre effet au lendemain de la date de fin de droit antérieur, peut trouver à s'appliquer lorsque le bulletin d'adhésion a été réceptionné tardivement (dans la limite du mois qui suit la fin du droit antérieur).

Pour un renouvellement de Complémentaire santé solidaire non participative, il est admis, pour éviter toute rupture de droit, que si le dossier complet est déposé dans le mois qui suit l'échéance du droit antérieur, le droit renouvelé puisse prendre effet au lendemain de l'échéance du droit antérieur.

3-3 Le renouvellement automatique de la Complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA et de l'ASPA

L'article R.861-18 prévoit outre les règles du renouvellement, les modalités du renouvellement automatique de la Complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2019, et pour les bénéficiaires de l'ASPA ou du minimum vieillesse, lesquelles bénéficient jusqu'alors du renouvellement automatique de l'ACS.

Ces allocataires sont informés avant la fin de leur droit en cours, de cette reconduction et, le cas échéant, du montant de la participation due au titre du foyer.

Les intéressés disposent alors d'un mois pour se manifester s'ils ne souhaitent plus bénéficier de ce droit ou s'ils souhaitent changer d'organisme complémentaire. A l'issue de ce délai, sans réponse de leur part, le droit est renouvelé auprès du même organisme gestionnaire.

Les bénéficiaires du RSA qui disposent d'une présomption de droit à la Complémentaire santé solidaire sans paiement d'une participation financière lors de la première attribution n'ont pas de démarche particulière à effectuer à l'occasion du renouvellement du droit. Leur droit à la Complémentaire santé solidaire sans paiement d'une participation financière est renouvelé au lendemain de la date d'échéance de leur droit précédent.

Pour les bénéficiaires de l'ASPA et du minimum vieillesse, le renouvellement du droit est soumis aux dispositions de l'article R.861-16-2 à savoir qu'un bulletin d'adhésion ou un contrat et un mandat de prélèvement doivent leur être envoyés par leur organisme gestionnaire afin qu'ils formalisent à nouveau leur adhésion à la Complémentaire santé solidaire, compte-tenu du montant de la participation financière qui leur aura été notifié par l'organisme d'assurance maladie en amont.

4^{ème} partie : La fermeture des droits

4-1 L'absence de régularisation des participations financières

L'absence de régularisation des participations financières (c'est-à-dire l'absence de paiement total ou d'accord avec l'organisme gestionnaire sur les modalités de paiement) à l'issue du délai de 30 jours laissé à compter de la notification de la suspension entraîne la fin de la prise en charge au titre de la Complémentaire santé solidaire (Cf §1-3-3-1).

Seul le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé est compétent pour notifier cette décision.

Ainsi, deux situations se présentent :

- La Complémentaire santé solidaire est gérée par un organisme complémentaire figurant sur la liste du fonds CMU : cet organisme informe le directeur de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé de l'absence de régularisation pour qu'il notifie au bénéficiaire la fin de la prise en charge des frais de santé au titre de la Complémentaire santé solidaire.
- La Complémentaire santé solidaire est gérée par un organisme d'assurance maladie : en l'absence de régularisation, le directeur de la caisse notifie la fin de la prise en charge.

La notification est adressée par tout moyen donnant date certaine de sa réception, et mentionne les voies et les délais de recours à l'encontre de cette décision.

Par ailleurs, cette fermeture fait échec à la procédure de renouvellement mentionnée à l'article R.861-18 CSS.

4-2 Le recouvrement des prestations versées à tort et des participations financières non acquittées

L'article R.861-22 du code de la sécurité sociale renvoie désormais à la procédure de l'article R.133-9-2, applicable aux indus de prestations de sécurité sociale, pour le recouvrement des prestations de couverture complémentaire versées à tort par les CPAM et des participations financières non acquittées par le bénéficiaire.

Ainsi, lorsque l'organisme d'assurance maladie intervient en qualité d'organisme gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire, il pourra mettre en œuvre la procédure de recouvrement pour les participations financières non acquittées et les prestations versées à tort.

En tant qu'organisme assurant seulement la prise en charge des frais de santé, il pourra mettre en œuvre la procédure si des prestations complémentaires ont été versées à tort.

L'article R.861-35 du code de la sécurité sociale précise que cette procédure est applicable aux bénéficiaires dont les droits sont fermés en raison du non-paiement de la participation, pour les prestations versées postérieurement à la suspension du droit.

4-2-1 La notification de payer

La caisse primaire adresse au bénéficiaire une notification de payer le montant dû par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

La notification de payer comprend :

- les mentions relatives à la créance : le motif, la nature et le montant des sommes réclamées, la date du ou des versements donnant lieu à répétition ou des échéances impayées de participations financières
- la mention relative au délai de 2 mois pour :
 - o s'acquitter des sommes dues,
 - o formuler des observations écrites ou orales,
 - o demander la remise en tout ou partie de sa dette devant le directeur de la caisse,
 - o contester devant la Commission de recours amiable de la caisse,

4-2-2 La mise en demeure

La mise en demeure est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception :

- à l'issue du délai de 2 mois à compter de la réception de la notification d'indu : en l'absence de paiement, en l'absence d'observations ou en cas de rejet des observations formulées, en l'absence de recours CRA ou en l'absence de demande de remise ou de réduction de dettes,
- après la décision du directeur statuant sur la demande de remise ou de réduction de dette,
- après la décision CRA statuant sur la contestation.

La mise en demeure mentionne :

- la nature et le montant de la somme réclamée (participations financières non acquittées ou nature et montant des prestations complémentaires versées à tort),
- la date de paiement des sommes réclamées ou des échéances impayées,
- la réponse aux observations éventuellement formulées par l'assuré, justifiant de leur rejet total ou partiel,
- le délai d'1 mois pour s'acquitter des sommes dues,
- la possibilité de former un recours CRA dans le délai de 2 mois.

4-2-3 L'injonction de payer

L'article L.161-1-5 CSS relatif à la contrainte n'est pas applicable au recouvrement des indus de prestations complémentaires et aux participations financières non acquittées.

En application de l'article R.861-22 CSS, si la mise en demeure reste sans effet, la caisse peut mettre en œuvre la procédure d'injonction de payer mentionnée à l'article R.142-10-8 du code de la sécurité sociale.

4-3 La demande de remise ou de réduction de dettes

En application de l'article L.861-10 du Code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse est compétent pour statuer sur la demande de remise ou réduction de la dette, y compris en cas de gestion de la part complémentaire par un organisme figurant sur la liste du fonds CMU.

La demande de remise ou de réduction de dette formulée par le bénéficiaire est adressée auprès de l'organisme qui a émis la notification de payer.

Ainsi, quand l'organisme gestionnaire est un organisme complémentaire figurant sur la liste du fonds CMU, celui-ci dispose d'un délai de 15 jours, à peine de nullité de sa créance, pour adresser cette demande à la caisse accompagnée de la notification de payer.

La décision du directeur est notifiée dans les deux mois au bénéficiaire et, le cas échéant à l'organisme complémentaire. Elle mentionne le montant de la somme restant due et/ou le montant de la remise accordée.

La procédure de recouvrement se poursuit par l'envoi de la mise en demeure de payer prévue au deuxième alinéa de l'article R. 133-9-2.