

Dispositions communes

Articles D. 861-1 à D. 861-6 du code de la sécurité sociale

CODE DE LA SECURITE SOCIALE (Partie Réglementaire - Décrets simples)

Section 1 : Dispositions communes

Article D861-1

(Décret n° 99-1006 du 1 décembre 1999 art. 1 I II art. 2 Journal Officiel du 2 décembre 1999)

(Décret n° 2001-24 du 9 janvier 2001 art. 1 Journal Officiel du 11 janvier 2001)

(Décret n° 2002-205 du 15 février 2002 art. 1 Journal Officiel du 17 février 2002)

(Décret n° 2003-804 du 26 août 2003 art. 1 Journal Officiel du 28 août 2003 en vigueur le 1er juillet 2003)

(Décret n° 2003-805 du 26 août 2003 art. 1 Journal Officiel du 28 août 2003 en vigueur le 1er septembre 2003)

(Décret n° 2004-996 du 21 septembre 2004 art. 1 Journal Officiel du 23 septembre 2004 en vigueur le 1er juillet 2004)

(Décret n° 2005-1343 du 28 octobre 2005 art. 1 Journal Officiel du 30 octobre 2005 en vigueur le 1er juillet 2005)

Le plafond annuel prévu à l'article L. 861-1 est fixé à 7 045,97 € pour une personne seule.
Ce plafond est majoré de 10,8 % pour les personnes résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D861-2

(inséré par Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 art. 1 Journal Officiel du 23 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Pour bénéficier de la dispense d'avance de frais prévue 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. 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 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, et sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés.

Article D861-3

(inséré par Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 art. 1 Journal Officiel du 23 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

I. - Lorsque les organismes servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents et, pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1, lorsque les actes ou prestations délivrés n'entrent pas dans le champ de la dotation globale mentionnée audit article, la dispense d'avance de frais est mise en oeuvre par une procédure établie entre les professionnels ou les établissements de santé, d'une part, et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les organismes servant les prestations complémentaires, d'autre part, selon les modalités définies aux II, III et IV ci-après.

II. - 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. Lorsque ces documents utilisent un support papier, et à défaut de disposition particulière des conventions nationales ou des contrats nationaux mentionnés au chapitre 2 du titre VI du livre 1er, ils sont transmis à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré dans la circonscription de laquelle exerce le professionnel ou est implanté l'établissement de santé. Cet organisme les transmet alors sans délai à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base.

III. - L'organisme servant les prestations du régime de base liquide :

a) Soit la part prise en charge par le régime de base et la part restant à payer au titre de l'organisme de protection complémentaire ; dans ce cas, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé de la totalité des sommes prises en charge ;

b) Soit la seule part prise en charge par le régime de base ; l'organisme complémentaire assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la part qui le concerne ; dans ce cas, le paiement unique au professionnel ou à l'établissement de santé est effectué pour le compte de l'organisme servant les prestations du régime de base et de l'organisme de protection complémentaire, chacun pour ce qui le concerne, par un organisme financier régi par la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit, sur ordre de paiement émanant de l'organisme servant les prestations du régime de base.

IV. - L'organisme servant les prestations du régime de base adresse au professionnel ou à l'établissement de santé un relevé des prestations commun à l'organisme servant les prestations du régime de base et à l'organisme de protection complémentaire.

V. - L'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations complémentaires indique à l'organisme servant audit bénéficiaire les prestations du régime de base laquelle des deux modalités de liquidation et de paiement mentionnées aux a et b du III il choisit d'utiliser. Il ne peut choisir celle mentionnée au b que s'il remplit les conditions techniques et financières définies par l'arrêté mentionné à l'article D. 861-6.

Article D861-4

(inséré par Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 art. 1 Journal Officiel du 23 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

I. - Pour les prestations autres que celles mentionnées à l'article D. 861-3 délivrées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 et 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 remboursement à l'établissement des prestations complémentaires aux prestations du régime de base s'effectue selon l'une des procédures décrites aux II et III ci-après.

II. - L'établissement adresse une demande de paiement soit à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base, soit à la caisse du régime du bénéficiaire des soins dans la circonscription de laquelle il est implanté. Dans ce dernier cas, la caisse transmet sans délai la demande de paiement à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base.

L'organisme servant les prestations du régime de base procède, conformément au choix exprimé par l'organisme complémentaire :

a) Soit à la liquidation de la prestation due par l'organisme de protection complémentaire ; dans ce cas, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le paiement du montant correspondant à l'établissement de santé pour le compte de l'organisme de protection complémentaire et envoie à l'établissement de santé un relevé des prestations servies par l'organisme de protection complémentaire ;

b) Soit à la transmission de la demande de paiement à l'organisme de protection complémentaire, qui 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.

III. - S'il ne recourt pas à la procédure décrite au II, l'établissement adresse sa demande de paiement directement à l'organisme de protection 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 D861-5

(inséré par Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 art. 1 Journal Officiel du 23 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Par convention entre les parties intéressées qui en précise les modalités, il peut être dérogé aux dispositions mentionnées aux III et IV de l'article D. 861-3 et à celles de l'article D. 861-4. Lorsque les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie ne sont pas signataires de telles conventions, ils sont informés de leur contenu par les parties signataires.

Article D861-6

(inséré par Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 art. 1 Journal Officiel du 23 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget précise les conditions dans lesquelles, dans le cadre de la procédure prévue au a du III de l'article D. 861-3 et au a du II de l'article D. 861-4, l'organisme de protection complémentaire alimente un compte d'avance. Cet arrêté précise également les délais maximum de paiement des professionnels et établissements de santé dans le cadre des procédures mentionnées au III de l'article D. 861-3 et à l'article D. 861-4, ainsi que le contenu, les supports et les délais d'envoi des relevés des prestations mentionnés au IV de l'article D. 861-3 et à l'article D. 861-4.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités techniques et financières, identiques sur l'ensemble du territoire national, de mise en oeuvre de la procédure prévue au b du III de l'article D. 861-3.