

## **Textes fondateurs de la CMU complémentaire**

**Articles L. 861-1 et suivants qui définissent les règles d'attribution de la CMU complémentaire aux bénéficiaires.**

### **CODE DE LA SECURITE SOCIALE** **(Partie Législative)**

#### **Chapitre 1 : Dispositions générales**

##### **Article L861-1**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 II finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

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.

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.

## **Article L861-2**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 art. 155 finances pour 2006 Journal Officiel du 31 décembre 2005)*

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 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, conformément aux dispositions de l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles et des textes pris pour leur application, pour les premières demandes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-5 du présent code à compter du 1er janvier 2006. Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé.

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 L861-3**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 38 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

*(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 54 VI, VII Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

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 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

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.

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 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

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.

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.

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

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, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

#### **Article L861-5**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 I a finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

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.

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 I b finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 I c finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 IV a finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

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**

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)*

*(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)*

*(Loi n° 2005-1579 du 19/12/05 art. 92 VI 1° Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

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 15000 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.

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.