**Modalités opérationnelles – Mise en place du décret simplifiant l’accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l’article L.861-1 du code de la sécurité sociale**

**Autoriser la souscription d’un contrat de complémentaire santé solidaire au bénéfice des seuls ayants droit du foyer (*Article R.861-16-3 du CSS*)**

*Le décret formalise la possibilité, lors de l’attribution d’un droit moyennant paiement de participations financières, de ne faire bénéficier qu’une partie des membres du foyer dans le cas où le demandeur en formulerait expressément la demande lors du renvoi du bulletin d’adhésion ou du contrat.*

*Cette disposition permet notamment aux mineurs de bénéficier de la complémentaire santé solidaire, même si leurs représentants légaux appartenant au même foyer décident de ne pas en bénéficier.  Ils s’acquittent du montant des participations financières se rapportant aux mineurs concernés.*

|  |
| --- |
| **Modifications dans le décret**  *8° L’article R. 861-16-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :*  *« Lors de l’envoi des documents mentionnés à l’article R. 861-16-2, l’auteur de la demande peut faire valoir, auprès de l’organisme gestionnaire, le bénéfice du droit pour tout ou partie des membres du foyer mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l’article R. 861-2. » ;* |
| **Modalités opérationnelles**  La possibilité d’ouvrir un contrat de complémentaire santé solidaire au bénéfice des seuls ayants droit du foyer **intervient au moment du renvoi à l’organisme gestionnaire du bulletin d’adhésion et du mandat de prélèvement** (cf. rédaction du décret : « Dans le cas où il en formulerait expressément la demande lors de l’envoi des documents mentionnés à l’article R. 861-16-2… »).  Le bénéficiaire **informe son organisme gestionnaire du souhait de ne pas être couvert par la complémentaire santé solidaire**, mais souhaite que ses ayants droit le soient, en **barrant son nom sur le bulletin d’adhésion** renvoyé à l’organisme gestionnaire.  Si le demandeur (bénéficiaire principal), ne souhaite pas être couvert, deux cas sont possibles :   * S’il ne reste que des ayants droit mineurs : seuls les mineurs figurent sur le contrat. Ce sont les coordonnées du tuteur légal des mineurs qui doivent être retenues. * S’il reste un ayant droit majeur sur le contrat : c’est l’ayant droit majeur qui devient titulaire du contrat (il devient donc le bénéficiaire principal).   **Cette règle s’appliquera à compter du 1er janvier 2022.** |

**Décès du bénéficiaire et devenir des autres membres du foyer (Article R. 861-16-5 du CSS)**

*Le décret vise aussi à clarifier la situation des autres membres du foyer lors du décès du bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire. L’article R. 861-16-5 du code de la sécurité sociale dispose dans sa rédaction initiale que lorsque le bénéficiaire du droit à la complémentaire santé solidaire décède, l’organisme gestionnaire du contrat met fin au bénéfice de cette protection et au prélèvement de la participation financière de l’intéressé pour les échéances postérieures à la date de décès.*

*Afin d’éviter toute rupture de droit, cet article est modifié afin de préciser qu’en cas de décès du bénéficiaire,* ***les autres membres du foyer mineurs et majeurs continuent de bénéficier de cette protection jusqu’à l’expiration du droit initial du bénéficiaire décédé, en s’acquittant des participations prévues au titre de leur droit, sauf si ceux-ci s’y opposent expressément.***

|  |
| --- |
| **Modifications dans le décret**  *c) Il est ajouté un III ainsi rédigé :*  *« III. – Lorsqu’une personne bénéficie de la protection complémentaire en matière de santé en application de l’article R. 861-2 en raison de son appartenance à un foyer éligible, elle continue, après le décès de l’auteur de la demande à bénéficier de cette protection jusqu’à l’expiration du droit initial, sauf si elle déclare s’y opposer auprès de l’organisme gestionnaire ».* |
| **Modalités opérationnelles**  Le majeur en **responsabilité** des membres mineurs du foyer (qui adresse à l’organisme gestionnaire la déclaration de décès du bénéficiaire) prend la responsabilité de ce contrat. Dans les situations pour lesquelles il ne resterait que des ayants droit mineurs sur le contrat, le tuteur en charge des mineurs devient l’interlocuteur principal du contrat.  **Cette règle s’appliquera à compter du 1er janvier 2022.** |

**Intégration d’un enfant majeur (moins de 25 ans) dans un foyer bénéficiaire d’un contrat de complémentaire santé solidaire en cours de droit (Article R.861-16-5 du CSS)**

*Il sera désormais possible d’intégrer un enfant à charge de moins de 25 ans au sein d’un foyer bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire en cours de droit pour la période de droit restant à courir, moyennant le cas échéant, le paiement d’une participation financière.*

|  |
| --- |
| **Modifications dans le décret**  *9° L’article R. 861-16-5 est ainsi modifié :*  *a) Au premier alinéa du I, les mots : « d’un enfant mineur à charge » sont remplacés par les mots : « d’un enfant à charge de moins de 25 ans » ;*  *b) Le deuxième alinéa du I est complété par les mots : « sauf si celui-ci est majeur » ;* |
| **Modalités opérationnelles**  L’organisme gestionnaire devra **vérifier les conditions nécessaires pour intégrer le nouvel ayant droit au contrat** : enfant du bénéficiaire âgé de moins de 25 ans (via une copie du livret de famille, extrait de l’acte de naissance de l’enfant, ou encore une copie du document attestant de tutelle ou d’accueil de l’enfant).  Il convient de retenir :   * L’âge de l’enfant à la date de dépôt de la demande de C2S pour déterminer leur appartenance ou non au foyer C2S. * L’âge au 1er janvier de l’année d’attribution pour déterminer le montant de la participation financière.   L’enfant majeur est ajouté au contrat en cours, sur demande de l’assuré à l’OC gestionnaire, le **1er jour du mois qui suit la date de la demande d’ajout de ce nouvel ayant droit pour la durée du contrat restant à courir**.  L’organisme gestionnaire n’est **pas tenu de faire signer un nouveau bulletin d’adhésion intégrant l’enfant lorsque le nouvel échéancier est adressé**.  **L’organisme complémentaire gestionnaire devra prévenir la caisse d’affiliation de l’enfant majeur nouvellement intégré** afin de permettre :   * soit la création de la complémentaire santé solidaire sans participation, * soit la mise à jour du dossier de l’enfant majeur avant l’envoi du flux 408 afin d’éviter un rejet R90 pour la complémentaire santé solidaire avec participation     Par quel moyen cette information peut se faire ? Contacter directement par mail les interlocuteurs C2S au sein des caisses (cf. coordonnées des interlocuteurs dans l’espace réservé du site C2S, mis à jour en continu par la CNAM et la MSA).  Les informations nécessaires à fournir sont à retrouver dans la fiche de procédure CNAM (cf. canevas page 3).  **Cette règle s’appliquera à compter du 1er janvier 2022.** |

**Simplification du renouvellement sous conditions (R.861-16-2 du CSS)**

*Dès lors que la situation du foyer n’a pas changé entre le droit antérieur et le droit renouvelé (****composition du foyer, montant annuel des participations et choix d’organisme complémentaire****), celui-ci ne sera pas tenu de renvoyer le bulletin d’adhésion ni le mandat de prélèvement pour bénéficier de son droit.*

|  |
| --- |
| **Modifications dans le décret**  *7° L’article R. 861-16-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :*  *«  III. – En cas de renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé dans les conditions prévues à l’article R. 861-18, le demandeur n’est pas tenu d’adresser à l’organisme gestionnaire les documents mentionnés au I s’il a toujours droit à la protection complémentaire au titre du 2° de l'article L. 861-1 sans modification du montant annuel de la participation financière due par le foyer et s’il ne change pas d’organisme gestionnaire. » ;* |
| **Modalités opérationnelles**  **La simplification du renouvellement sous conditions concerne tous les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire qui rentrent dans le champ d’application (conditions listées ci-dessous).**  L’organisme gestionnaire devra vérifier lui-même les conditions de renouvellement simplifié, la CNAM n’ayant pas connaissance des droits de complémentaire santé solidaire effectivement ouverts lors de l’envoi du bulletin d’adhésion par l’assuré à l’OC. **Si ces conditions sont vérifiées, l’organisme ne sera pas tenu d’envoyer le bulletin d’adhésion et le mandat de prélèvement à l’assuré puisque celui-ci n’aura plus à les remplir pour que son droit soit renouvelé.**  Pour les assurés qui valident les conditions, l’organisme gestionnaire devra l’avertir que son droit est renouvelé de manière simplifié, sans qu’il ait besoin de retourner le mandat et de remplir un nouveau bulletin d’adhésion : cette information devra être envoyée par l’organisme complémentaire gestionnaire par courrier **à la place de l’envoi habituel du bulletin d’adhésion et du mandat de prélèvement** que l’assuré doit retourner à l’organisme complémentaire.  Concernant les conditions permettant ce renouvellement simplifié :   * L’organisme gestionnaire reste le même. * La composition du foyer reste la même (même nombre de bénéficiaires sur le contrat). Autrement dit, lors du renouvellement, l’ajout d’un enfant ou la suppression d’un ayant-droit entraine une non validation de la condition : la simplification du renouvellement ne s’applique pas. * Le montant annuel des participations : au moment de la demande, l’âge du bénéficiaire est indiqué. Dans le cas où au moins un des bénéficiaires figurant sur le contrat change de tranche d’âge définissant la participation financière, la simplification du renouvellement ne peut pas s’appliquer : l’organisme gestionnaire est obligé de lui envoyer un BA et un mandat de prélèvement (en cas de complémentaire santé solidaire avec participation financière), que l’assuré devra renvoyer.   Un **délai de rétractation** pour l’assuré **n’est pas envisagé** puisque :   * L’assuré a déposé une demande de renouvellement de son droit, ou n’a pas refusé le renouvellement automatique dans le délai d’un mois * L’assuré aura la possibilité d’interrompre son contrat de complémentaire santé solidaire à partir du 1er avril 2022 (cf. mesures de la LFSS 2022)   Cette simplification s’applique y compris pour les renouvellements tardifs, l’assuré ayant fait une demande et ayant la possibilité de l’interrompre si besoin. En cas de renouvellement tardif, le droit pourra être interrompu comme prévu avec la LFSS 2022.  Le **droit est renouvelé à compter du premier jour du mois suivant l’expiration du droit précédent**.  Cette **simplification du renouvellement de la complémentaire santé solidaire ne s’applique qu’en cas de prélèvements bancaires**.  **Cette règle s’appliquera à compter du 1er avril 2022.** |