



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins, des
prestations familiales et des accidents du travail
Bureau de la couverture maladie universelle et
des prestations de santé (2 A)

Personne chargée du dossier : Gil GAUDILLER

tél. : 01 40 56 70.18

fax : 01 40 56 69.57

mél. : gil.gaudiller@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités, de la santé et de la
famille

à

Monsieur le ministre de l'agriculture, de
l'alimentation, de la pêche et de la ruralité
Direction générale de la forêt et des affaires
rurales (pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales, direction de la solidarité et de la santé,
directions de la santé et du développement social
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales, direction de la solidarité et de la
santé, directions de la santé et du développement
social, direction départementale de la sécurité
sociale (pour information)

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (pour information)

Monsieur le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (pour information)

Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés (pour information)

Mesdames et messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF) (pour information)

CIRCULAIRE N°DSS/2A/2005/90 du 15 février 2005 relative au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels.

Date d'application : 1er janvier 2005

NOR : SANS0530069C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Assurance maladie

Résumé : La présente circulaire précise les modalités d'application du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels sous condition de ressources.

Mots-clés : assurance maladie complémentaire – contrat – crédit d'impôt

Textes de référence : articles L. 863-1 à L. 863-6, L. 871-1, R. 863-1 à R. 863-6 du code de la sécurité sociale (articles 56 et 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004)

arrêté du 23 décembre 2004 relatif au contenu de l'attestation remise aux bénéficiaires du droit à déduction du montant du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels sur la cotisation ou prime annuelle d'assurance complémentaire

Textes abrogés ou modifiés : articles L. 862-1, L. 862-3, L. 862-4 et L. 862-7, R. 862-11 à R. 862-13 du code de la sécurité sociale (modifiés)

Annexes : [tableau relatif au plafond de ressources](#) pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé et le crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels

L'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure un crédit d'impôt sur les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits par des foyers disposant de ressources comprises entre le plafond de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale et ce plafond majoré de 15 %.

Le crédit d'impôt est attribué à l'organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurances) qui a l'obligation de le répercuter par une réduction à due concurrence sur le montant annuel de la prime ou cotisation d'assurance complémentaire due par le bénéficiaire. Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à :

- 150 euros par personne de 25 à 59 ans ;
 - 75 euros par personne de moins de 25 ans ;
 - 250 euros par personne de 60 ans ou plus,
- l'âge étant apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

Toutefois, ce montant est plafonné au niveau du montant de la prime ou cotisation d'assurance complémentaire.

Le bénéfice de ce droit à déduction sur la prime ou cotisation est déclenché par une demande auprès de la caisse d'assurance maladie. Lorsque le droit est reconnu, la caisse délivre une attestation au bénéficiaire (I) qui choisit ensuite l'organisme de protection sociale complémentaire auprès duquel il souhaite en bénéficier. Cet organisme bénéficie du crédit d'impôt sous forme de déduction de sa contribution au financement de la protection complémentaire en matière de santé (II). Après avoir décrit ces modalités générales, la présente circulaire tire les conséquences d'une modification de la situation du bénéficiaire en cours d'application du droit (III) et précise les modalités d'articulation des procédures lorsque plusieurs contrats sont souscrits pour un même foyer (IV). Les caractéristiques des contrats (V) et les conséquences pour les personnes relevant du régime général sur critère de résidence (VII) sont ensuite précisées. Enfin, ce dispositif donnera lieu à des contrôles sur les organismes de protection sociale complémentaire et à des enquêtes et remontées statistiques (VI).

I. – MODALITÉS D'ATTRIBUTION

A. – CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Le nouveau dispositif se situe dans la prolongation de la protection complémentaire en matière de santé, dont il vise à atténuer l'effet de seuil. Les conditions d'attribution du droit à déduction sur la prime ou cotisation sont proches de celles de la protection complémentaire en matière de santé. La condition de résidence est la même (respect des critères de régularité et de stabilité définis à l'article R. 861-1 du code de la sécurité sociale) et la définition du foyer, les ressources prises en compte, la période de référence et les coefficients de majoration du plafond en fonction de la composition du foyer sont strictement identiques (articles L. 861-1, L. 861-2, R. 861-2 à R. 861-15 et troisième alinéa du I de l'article R. 861-16 du même code).

Le plafond de ressources est indexé sur celui de la protection complémentaire en matière de santé (ce plafond majoré de 15 %). Dans les départements d'outre-mer, c'est le plafond lui-même majoré de

10,8 % en application du deuxième alinéa de l'article D. 861-1 du même code auquel est affectée la majoration de 15 %. Vous trouverez en annexe un tableau récapitulant les différents montants de plafond applicables à la protection complémentaire en matière de santé et au crédit d'impôt au 1er janvier 2005.

B. – DÉCLENCHEMENT DE LA DEMANDE ET DÉCISION

Les conditions de résidence et de ressources étant identiques à celles prévues pour la protection complémentaire en matière de santé sauf en ce qui concerne le plafond, la demande de protection complémentaire en matière de santé et la demande de droit à déduction sur la cotisation ou prime annuelle d'assurance complémentaire feront très prochainement l'objet d'un formulaire unique dont le modèle sera fixé par arrêté. Dans l'attente de son entrée en vigueur, les formulaires actuels de demande de protection complémentaire en matière de santé peuvent être utilisés, à condition que soit communiquée au demandeur une information sur le choix de l'organisme appelé à servir les prestations.

Les modalités de demande des deux droits sont en effet identiques sauf en ce qui concerne le choix de l'organisme servant les prestations : celui-ci doit obligatoirement être mentionné lors d'une demande de protection complémentaire en matière de santé, alors que l'organisme de protection sociale complémentaire est choisi par le bénéficiaire après l'attribution du droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire. En conséquence :

- si l'intéressé demande à la fois le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé et du droit à déduction sur la prime ou cotisation, et si c'est ce dernier droit qui lui est attribué, il n'est pas lié par le choix de l'organisme qu'il a opéré lors du dépôt de sa demande ; il dispose d'un délai de six mois pour choisir tout organisme de protection sociale complémentaire à sa convenance, pourvu que celui-ci respecte certaines conditions (cf. V-A ci-dessous) ;
- si l'intéressé ne dépose pas de demande de protection complémentaire en matière de santé, mais uniquement une demande de droit à déduction sur la prime ou cotisation, il n'a pas à choisir d'organisme pour le service des prestations lors du dépôt de sa demande ; il dispose du même délai de six mois pour effectuer son choix.

Sous cette réserve, le dossier de demande comprend les mêmes pièces que pour la protection complémentaire en matière de santé : un formulaire de demande accompagné des renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer. La caisse peut demander la production de toute pièce justificative nécessaire à l'instruction du dossier auprès du demandeur.

Comme pour la protection complémentaire en matière de santé, ce sont les caisses d'assurance maladie qui prennent la décision d'attribuer ou de refuser le droit, la délégation de pouvoir du préfet auprès des caisses prévue pour la protection complémentaire en matière de santé étant étendue automatiquement au droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire (article L. 863-3 du code de la sécurité sociale).

En application des articles 1er, 20 et 21 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, la caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de deux mois pour prendre sa décision. Au-delà de ce délai, le silence de la caisse vaut décision

implicite de rejet de la demande. Le délai de deux mois court à compter de la réception de la demande par l'organisme saisi par l'intéressé, même s'il n'est pas compétent (dans ce cas, celui-ci a l'obligation de transmettre la demande à l'organisme compétent) et même si son dossier est incomplet.

Lorsqu'une demande de droit à la protection complémentaire en matière de santé et une demande de droit à déduction sur la prime ou cotisation sont adressées simultanément à un organisme incompetent ou lorsqu'elles sont incomplètes, une décision implicite intervient d'abord pour le droit à déduction (décision implicite de rejet) puis, à une date postérieure, pour la protection complémentaire en matière de santé puisque, s'agissant d'une décision implicite d'acceptation, le délai de deux mois ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande par l'organisme compétent (il est rappelé à cet égard que le bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé du fait d'une décision implicite d'acceptation est en droit d'obtenir de la caisse une attestation de droit afin de faire valoir celui-ci, en application de l'article 22 de la loi précitée du 12 avril 2000).

Si le droit à la protection complémentaire en matière de santé est attribué, sous forme expresse ou implicite, après naissance d'une décision implicite de rejet pour le droit à déduction, cette décision d'acceptation entraîne implicitement le retrait de la décision implicite de rejet pour le droit à déduction puisque les deux droits ne sont pas cumulables. Un retrait d'une décision implicite de rejet peut en effet être légalement prononcé si la décision initiale était illégale et à condition que le retrait intervienne dans le délai de recours contentieux (deux mois à compter de la naissance de la décision implicite de rejet).

Si le droit à la protection complémentaire en matière de santé est refusé et le droit à déduction accepté après naissance d'une décision implicite de rejet pour le droit à déduction, la décision expresse d'acceptation entraîne également implicitement le retrait de la décision implicite de rejet pour le droit à déduction.

En conséquence, par le mécanisme automatique des retraits implicites des décisions implicites initiales, les décisions expresses prises avant le délai de deux mois suivant la naissance des décisions implicites initiales s'articulent de manière cohérente sur le plan juridique avec les décisions implicites antérieures.

Si les droits à la protection complémentaire en matière de santé et à la déduction sont refusés après naissance d'une décision implicite de rejet pour le droit à déduction, le délai de recours contentieux (deux mois) court à compter de la notification de la décision expresse pour les deux droits sauf, pour le droit à déduction, si la décision expresse est notifiée plus de deux mois après la naissance de la décision implicite de rejet. Dans ce cas, le délai de recours contentieux pour le droit à déduction court à compter de la naissance de la décision implicite de rejet.

En pratique, il conviendra, dans toute la mesure du possible, que les caisses prennent leur décision dans des délais beaucoup plus rapides (sauf lorsque l'instruction est très complexe), comme c'est déjà le cas pour la protection complémentaire en matière de santé.

C. – VOIES DE RECOURS

Afin d'éviter un trop grand nombre de contentieux, les préfets (DDASS et services équivalents en Corse et dans les départements d'outre-mer) sont chargés d'examiner avec le plus grand soin les réclamations qui leur seront transmises soit directement par l'intéressé, soit par l'administration centrale ou tout autre service public. Les préfets pourront, chaque fois qu'ils le jugeront nécessaire, prendre l'attache de la caisse qui a pris la décision afin de solutionner le litige par la voie amiable.

À la différence de la protection complémentaire en matière de santé pour laquelle le législateur a confié le contentieux des décisions relatives à l'attribution du droit aux juridictions spécialisées d'aide sociale, les recours contentieux concernant le droit à déduction sur la prime ou cotisation sont portés dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision (ou à compter de la naissance d'une décision implicite de rejet) devant le tribunal administratif dans le ressort duquel est située la caisse qui a pris la décision.

Les décisions des caisses d'assurance maladie doivent être motivées par des considérations de droit (textes législatifs et réglementaires sur lesquels elle sont fondées) et de fait. Les caisses doivent également mentionner dans leur décisions les délais et voies de recours contentieux : commission départementale d'aide sociale pour la protection complémentaire en matière de santé, tribunal administratif pour le droit à déduction, avec l'adresse précise dans les deux cas. Lorsque la demande concerne les deux dispositifs, l'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé rend caduque la demande de droit à déduction sur la prime ou cotisation ; aucune mention de voie de recours n'est donc nécessaire. Le refus du droit à la protection complémentaire en matière de santé et du droit à déduction nécessite la mention des deux voies de recours contentieux, en précisant l'objet pour chacune d'entre elles. Toujours dans le cas où la demande concerne les deux dispositifs, l'attribution du seul droit à déduction nécessite un refus exprès de la demande de protection complémentaire en matière de santé, sans lequel la demande ferait l'objet d'une décision implicite d'acceptation à l'issue du délai de deux mois ainsi que, en conséquence, les voies et délais de recours contentieux auprès de la commission départementale d'aide sociale du département dans lequel est située la caisse.

D. – ATTESTATION DE DROIT À DÉDUCTION

Lorsque le droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire est reconnu, la caisse d'assurance maladie délivre une attestation de droit à l'intéressé. Le modèle de cette attestation, identique quel que soit le régime d'assurance maladie du demandeur, sera très prochainement fixé par arrêté. Cette attestation comprend deux parties, la première complétée par la caisse, la seconde renseignée par l'organisme de protection sociale complémentaire auprès duquel l'intéressé bénéficie de son contrat aidé (arrêté du 23 décembre 2004). Dans l'attente de l'entrée en vigueur de l'arrêté fixant le modèle unique de l'attestation, les caisses d'assurance maladie pourront délivrer des attestations comprenant tous les éléments mentionnés dans l'arrêté du 23 décembre 2004 précité. Ce document permet au bénéficiaire de faire valoir son droit et à l'organisme de protection sociale complémentaire choisi de justifier le montant du crédit d'impôt dont il bénéficie. Le bénéficiaire du droit à déduction sur la prime ou cotisation doit remettre à l'organisme de protection sociale complémentaire l'original de l'attestation. Toutefois, en cas de perte ou de vol, la caisse remet au bénéficiaire un duplicata de l'attestation, identique à l'original, avec la mention « duplicata », sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de perte ou de vol.

À la différence du droit à la protection complémentaire en matière de santé pour laquelle le législateur fait obligation à tout organisme de protection sociale complémentaire d'accepter de servir les prestations maladie complémentaire à tout bénéficiaire qui l'a choisi lors du dépôt de sa demande, l'organisme de protection sociale complémentaire n'est pas tenu, pour le droit à déduction sur la prime ou cotisation, de souscrire avec une personne munie d'une attestation de droit. Il est en effet possible que cet organisme soit réservé à un public particulier (notamment dans le cas de certaines mutuelles dont les statuts prévoient le type de population qu'elles sont autorisées à accueillir : type d'activité salariée, fonctionnaires, étudiants...).

Il est possible que plusieurs contrats aidés coexistent pour des personnes différentes d'un même foyer (au sens de la protection complémentaire en matière de santé). C'est pourquoi il est prévu de remettre une attestation de droit à caractère familial mais également une attestation individuelle pour chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus (y compris le conjoint, concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité). Ainsi, sur l'attestation familiale figurent le demandeur et ses enfants de moins de seize ans, les autres membres du foyer âgés de seize ans révolus recevant une attestation individuelle.

II. – BÉNÉFICE EFFECTIF DU CRÉDIT D'IMPÔT

A. – DÉCLENCEMENT DE LA DÉDUCTION SUR LA PRIME OU COTISATION ET RENOUELEMENT DU DROIT

Tout bénéficiaire du droit à déduction sur la prime ou cotisation annuelle d'assurance complémentaire dispose d'un délai de six mois à compter de la date de la décision favorable de la caisse d'assurance maladie pour faire valoir son droit auprès d'un organisme de protection sociale complémentaire de son choix. Passé ce délai, l'attestation n'est plus valable et l'intéressé doit en conséquence déposer une nouvelle demande pour pouvoir bénéficier du droit à déduction.

Le droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire est attribué pour un an à compter :

- de la date d'effet du contrat pour les nouveaux contrats : en fonction de l'organisme de protection sociale complémentaire choisi, le contrat peut prendre effet immédiatement ou être légèrement différé (par exemple au premier jour du mois suivant la souscription ou l'adhésion) ;
- de la remise de l'attestation à l'organisme de protection sociale complémentaire pour les contrats en cours.

La demande de renouvellement du droit doit être effectuée au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance de cette période d'un an, sauf s'il est mis fin au contrat au cours de cette période (cf. III-C ci-dessous). La caisse d'assurance maladie n'étant pas en mesure de connaître la période de demande de renouvellement puisque le bénéficiaire dispose de six mois pour faire valoir son droit à compter du moment où elle délivre l'attestation de droit, le déclenchement de la demande de renouvellement ne peut être assuré que par le bénéficiaire.

L'organisme de protection sociale complémentaire doit remettre au bénéficiaire qui fait valoir son droit un document attestant la date d'effet du droit. Lors de la demande de renouvellement, la caisse pourra

demander au bénéficiaire la production de ce document, ou de toute autre pièce probante lui permettant de s'assurer que la demande de renouvellement est effectuée dans la période de deux à quatre mois avant échéance du droit. Si l'intéressé n'est pas en mesure de produire cette pièce, la caisse pourra prendre l'attache de l'organisme de protection sociale complémentaire en cause, après avoir demandé ses coordonnées à l'intéressé, afin de s'assurer du respect de cette période.

Lorsque la demande de renouvellement est déposée moins de deux mois avant échéance du droit, la caisse n'est pas tenue de prendre une décision de refus de renouvellement au motif que ces délais ne sont pas respectés (alors qu'elle doit le faire si la demande de renouvellement est déposée plus de quatre mois avant échéance du droit). Au contraire, elle est invitée, dans toute la mesure du possible, à prendre sa décision dans un délai permettant d'éviter toute rupture de droit. Cependant, le délai juridique pour prendre sa décision étant de deux mois, si la complexité du dossier l'empêche de prendre sa décision dans un délai plus court, une légère interruption de droit sera possible dans ce cas (si la décision est favorable à l'intéressé). Il y aura lieu alors, pour la détermination de la date d'effet du droit, de considérer qu'il s'agit d'une nouvelle demande et non d'un renouvellement. Le droit prendra donc effet à la date de remise de l'attestation dès lors que le contrat est en cours.

B. – MODALITÉS DE BÉNÉFICE DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR L'ORGANISME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

L'organisme de protection sociale complémentaire bénéficie du crédit d'impôt par quart chaque trimestre selon les mêmes modalités que pour les déductions qu'il opère au titre des contrats de protection complémentaire en matière de santé.

Le premier mois de chaque trimestre, les organismes de protection sociale complémentaire transmettent à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) un bordereau de déclaration accompagné du paiement de la contribution au financement de la protection complémentaire en matière de santé. Sur ce bordereau figurent le montant de la contribution due au titre du trimestre précédent et les déductions de cette contribution correspondant au nombre de contrats de protection complémentaire en matière de santé qu'ils gèrent au dernier jour du deuxième mois du trimestre précédent multiplié par le forfait trimestriel de prise en charge (76,13 euros à compter de l'année 2005).

Les imprimés de déclaration à l'URSSAF seront prochainement modifiés afin de mentionner et de déduire en outre un quart du montant de crédit d'impôt correspondant à chacune des tranches d'âges des personnes couvertes par un contrat aidé au dernier jour du deuxième mois du trimestre précédent. Dans un souci de simplification, ne doivent être mentionnés sur la déclaration que le nombre de bénéficiaires et le montant global trimestriel de crédit d'impôt à déduire.

Si le montant des déductions au titre des contrats de protection complémentaire en matière de santé et du crédit d'impôt est supérieur au montant de la contribution due, le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie procède au versement de la différence.

III. – MODIFICATION DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE EN COURS DE DROIT

A. – MODIFICATION DU FOYER

L'arrivée d'un enfant mineur à charge dans le foyer, intervenue après le dépôt de la demande, ne peut être prise en compte dans l'attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie puisqu'elle n'en avait pas connaissance. Cependant, l'enfant donne droit à crédit d'impôt et à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire pour la période de droit restant à courir. Il convient à cet effet que l'organisme de protection sociale complémentaire réclame à l'intéressé la pièce justificative afférente à cette arrivée. Il peut s'agir notamment d'une copie du livret de famille, de l'extrait de l'acte de naissance ou de tout document attestant le rattachement de l'enfant comme ayant droit de l'assuré sociale pour le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Cette arrivée doit être entendue de manière large puisque le 1° de l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale renvoyant au rattachement fiscal, prévu à l'article 196 du code général des impôts, inclut tout enfant recueilli au foyer qui ne dispose pas de revenus distincts. Il peut s'agir notamment d'une naissance ou d'une adoption, mais pas exclusivement.

Un décès survenu depuis le dépôt de la demande ne peut davantage être pris en compte sur l'attestation. Toutefois, l'organisme de protection sociale complémentaire ne peut plus bénéficier du crédit d'impôt correspondant à compter de la date où il s'est produit puisque la personne décédée ne peut plus figurer parmi le nombre de bénéficiaires mentionnés dans le cadre des déclarations trimestrielles à l'URSSAF. Le montant de la déduction sur la prime ou cotisation est donc diminué en conséquence à compter de cette date.

B. – SUSPENSION DES PRESTATIONS DU CONTRAT

L'organisme de protection sociale complémentaire peut être conduit, notamment en cas de non paiement des cotisations, à suspendre le service des prestations. Cette suspension entraîne la suspension du bénéfice du crédit d'impôt. Si le service des prestations est repris après que l'intéressé a régularisé sa situation, le bénéfice du crédit d'impôt est repris parallèlement, le cas échéant avec effet rétroactif de sorte que l'intéressé bénéficie du montant réduit de prime ou cotisation pour la période où il a acquitté celle-ci avec retard. Si la suspension des prestations est suivie d'une résiliation du contrat, notamment en cas de situation non régularisée par l'intéressé, la résiliation entraîne la fin du droit à déduction sur la prime ou cotisation (cf. C ci-dessous).

C. – FIN DE CONTRAT EN COURS DE DROIT

Si le contrat prend fin en cours de période de droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire, notamment en cas de résiliation ou de perte de la qualité d'ayant droit pour l'organisme de protection sociale complémentaire, le droit à déduction sur la prime ou cotisation prend fin simultanément. C'est le seul cas où une nouvelle demande peut être adressée à la caisse d'assurance maladie en dehors de la période de demande de renouvellement (entre deux et quatre mois avant échéance du droit). La demande de renouvellement doit dans ce cas être accompagnée de l'attestation délivrée par l'organisme de protection sociale complémentaire indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la date de fin de contrat.

Si, au cours de la période de droit à déduction sur la prime ou cotisation, l'intéressé vient à bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, il est fait application de l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques : si l'organisme de protection sociale complémentaire auprès duquel l'intéressé bénéficiait d'une déduction sur la prime ou cotisation n'était pas inscrit sur la liste de ceux qui participent à la protection complémentaire en matière de santé, le contrat est résilié ; dans le cas contraire, le contrat est modifié de sorte qu'il prenne en charge, en tiers payant, les prestations de la protection complémentaire en matière de santé définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Dans les deux cas, le droit à déduction sur la prime ou cotisation prend fin à la date d'effet de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé puisque cette dernière se substitue au droit à déduction sur la prime ou cotisation et assure ses prestations sans contrepartie contributive.

D – FIN DE RESPECT DE LA CONDITION DE RÉSIDENCE

Lorsque le bénéficiaire quitte définitivement la France métropolitaine ou un département d'outre-mer ou, s'il est étranger, lorsqu'il cesse de résider dans des conditions régulières au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, le droit à déduction sur la prime ou cotisation est interrompu. Il ne peut être repris que si l'intéressé remplit à nouveau ces conditions au cours de la période de droit.

Il n'appartient pas aux organismes de protection sociale complémentaire de vérifier la condition de résidence des bénéficiaires. C'est pourquoi la cessation du respect de la condition de résidence ne peut leur être connue que sur un signalement des intéressés eux-mêmes. Ce signalement constitue une obligation pour le bénéficiaire. Dès lors que l'organisme de protection sociale complémentaire est informé de cette nouvelle situation, il lui appartient d'en tirer immédiatement les conséquences en ne le comptant plus parmi les bénéficiaires qu'il doit dénombrer pour le calcul du crédit d'impôt dans le cadre de ses déclarations trimestrielles à l'URSSAF. L'opération inverse doit également être effectuée si l'intéressé signale qu'il remplit à nouveau ces conditions, après que l'organisme de protection sociale complémentaire se sera assuré, auprès de la caisse d'assurance maladie, que l'intéressé remplit à nouveau la condition de résidence prévue pour la protection complémentaire en matière de santé. Dans ce cas exceptionnel, la caisse pourra attester auprès de l'organisme de protection sociale complémentaire et à sa demande la date à laquelle cette condition est à nouveau remplie par l'intéressé.

IV. – SOUSCRIPTION DE PLUSIEURS CONTRATS POUR UN MÊME FOYER

Le foyer pris en compte pour l'examen du droit (le foyer au sens de la protection complémentaire en matière de santé) peut recouvrir un champ différent de l'assuré et de ses ayants droit pris en compte par les organismes de protection sociale complémentaire. En conséquence, il est possible que, pour un même foyer au sens de la protection complémentaire en matière de santé, le droit à déduction sur la prime ou cotisation s'applique à plusieurs contrats auprès d'organismes de protection sociale complémentaire différents en fonction des membres du foyer. C'est la raison pour laquelle il est délivré une attestation de droit à toutes les personnes du foyer de seize ans révolus (cf. I-C ci-dessus). Le montant du crédit d'impôt se calculant par personne couverte, l'orientation des membres du foyer vers des organismes de protection sociale complémentaire différents ne doit pas soulever de difficulté dès lors que plusieurs attestations de droit sont délivrées.

Cependant, il est possible que le droit à déduction sur la prime ou cotisation débute à des dates différentes selon les membres du foyer, en fonction des règles d'effet du droit applicables (un délai de six mois est laissé aux bénéficiaires pour souscrire auprès de chacun des organismes de protection sociale complémentaire, et si l'un des bénéficiaires est déjà couvert par un contrat en cours, le droit débute à la date à laquelle il remet son attestation à l'organisme de protection sociale complémentaire).

C'est pourquoi il est prévu que la demande de renouvellement doit être effectuée simultanément pour l'ensemble du foyer, dans sa composition à la date de la demande de renouvellement, dans le délai de deux à quatre mois avant échéance du droit de l'un de ses membres. Cette harmonisation pourra conduire à ce que, pour certains membres du foyer, la décision de renouvellement intervienne alors que restait un reliquat de droit en cours. Dans ce cas, si le droit est renouvelé, le renouvellement prend effet à expiration de la période initiale de droit pour chacun des contrats (donc à des dates différentes selon les membres du foyer). S'il n'est pas renouvelé, le droit expire à la fin de la période d'un an applicable à chacun des contrats (donc également à des dates différentes selon les membres du foyer).

Par ailleurs, une demande de renouvellement de droit ne peut être effectuée avant le délai de quatre mois avant échéance du droit (cas où il est mis fin au contrat au cours de la période de droit, prévu au III-C ci-dessus) que s'il a été mis fin à tous les contrats d'un même foyer au sens de la protection complémentaire en matière de santé, tel qu'il est composé à la date de la demande de renouvellement : par exemple, si un contrat a été résilié par un couple, alors que le contrat d'un enfant de vingt-quatre ans à la date de la demande initiale, compris alors dans le foyer pour l'examen du droit, continue à produire ses effets, le couple peut déposer une demande anticipée de renouvellement dès lors qu'à la date de cette demande de renouvellement, l'enfant en cause est âgé de vingt-cinq ans et n'est en conséquence plus rattaché au foyer de ses parents.

Par dérogation à cette règle, lorsqu'il est mis fin au contrat pour une raison indépendante de la volonté de son bénéficiaire (par exemple, au motif qu'il n'est plus considéré comme ayant droit par l'organisme de protection sociale complémentaire du fait qu'il vient de dépasser la limite d'âge prévue par cet organisme) alors que les autres contrats du foyer au sens de la protection complémentaire en matière de santé continuent à produire leurs effets, ainsi que leur droit à déduction sur la prime ou cotisation, l'intéressé est dispensé d'attendre quatre mois avant échéance de la période d'un an de droit des autres membres du foyer pour demander un renouvellement de droit. Il peut bénéficier du reliquat de sa période de droit auprès d'un nouvel organisme de protection sociale complémentaire sous réserve qu'il remette à ce dernier deux attestations fournies par l'organisme qu'il quitte :

- l'attestation de droit qui avait été remise au bénéficiaire par la caisse d'assurance maladie et que ce dernier a remis à l'organisme de protection sociale complémentaire pour faire valoir son droit ;
- une attestation précisant la durée pendant laquelle il a exercé son droit à déduction.

En pratique, il conviendra que l'organisme de protection sociale complémentaire conserve une copie de ces deux attestations qu'il devra produire en cas de contrôle (il ne sera plus en mesure, dans ce cas, de conserver l'original de l'attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie).

Cette situation ne devrait se produire que dans de rares cas où les enfants ne peuvent plus être couverts par l'organisme de protection sociale complémentaire de leurs parents du fait du

dépassement d'un âge limite ne leur permettant plus d'être ayant droit de cet organisme. Dans le cas encore plus exceptionnel où la personne subissant la fin du contrat serait couverte par un autre organisme de protection sociale complémentaire que celui des autres membres du foyer, il reviendrait également à l'organisme mettant fin au contrat de vérifier que le foyer de l'intéressé, au sens de la protection complémentaire en matière de santé, est composé d'autres membres dont le droit à déduction sur la prime ou cotisation continue à courir. Pour accomplir cette vérification, cet organisme pourra demander :

- à la caisse d'assurance maladie la liste des personnes composant le foyer ;
- à l'intéressé une attestation de chacun des organismes de protection sociale complémentaires concernés certifiant que chaque autre membre du foyer dispose d'un droit à déduction en cours.

Il appartiendra au nouvel organisme de protection sociale complémentaire de dater et signer l'attestation et d'y apposer son cachet.

V. – CARACTÉRISTIQUES DES CONTRATS

A. – LES PRESTATIONS COUVERTES

Tous les contrats individuels d'assurance complémentaire de santé sont éligibles au crédit d'impôt. Il conviendra également d'étendre le bénéfice du crédit d'impôt aux contrats collectifs à adhésion ou à souscription facultative et individuelle, pour lesquels l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture et sous réserve que ces contrats ne soient pas éligibles à la déduction prévue à l'article 154 bis du code général des impôts.

Ces contrats doivent exclure des prestations prises en charge la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

À compter du 1er janvier 2006, ces contrats devront respecter des règles déterminant les prestations obligatoirement prises en charge et celles exclues de la prise en charge ; ces obligations et exclusions qui pourront être totales ou partielles seront prochainement fixées par décret.

B. – ARTICULATION AVEC LES PROLONGATIONS DE CONTRATS OFFERTES AUX SORTANTS DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le bénéfice du droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire est compatible avec les contrats de prolongation à tarif préférentiel offerts aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé, servi par un organisme de protection sociale complémentaire, vient d'expirer, prévus à l'article 6-1 de la loi du 31 décembre 1989 précitée.

À cet égard, il convient de souligner que si la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale n'est pas exigée des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, en application de l'article L. 322-4 du même code, elle ne fait pas partie des prestations prises en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé. En conséquence, elle ne fait pas partie des prestations que l'organisme de protection sociale complémentaire a l'obligation de prendre en charge dans le cadre des prolongations de contrats

offertes aux sortants de la protection complémentaire en matière de santé.

C. – ARTICULATION AVEC L'AIDE À LA MUTUALISATION FINANCÉE SUR LES CRÉDITS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Le nouveau dispositif de crédit d'impôt ayant vocation à se substituer aux dispositifs d'aide à la mutualisation mis en place par les caisses d'assurance maladie et financés sur leurs crédits d'action sanitaire et sociale, ces deux dispositifs ne sont pas conçus pour se cumuler pour un même bénéficiaire. Les contrats en cours d'aide à la mutualisation, conclus pour une durée d'un an avant le 1er janvier 2005, ont toutefois vocation à s'appliquer jusqu'à leur échéance.

Cependant, si le bénéficiaire d'un contrat d'aide à la mutualisation demande à bénéficier en cours de droit du nouveau dispositif de déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire, sa demande est recevable. Si ce droit lui est reconnu, un contrat de droit commun (sous les réserves prévues au A ci-dessus) aidé par le crédit d'impôt a vocation à se substituer au contrat d'aide à la mutualisation. Il appartient aux caisses d'assurance maladie de mettre en place le mécanisme permettant ce basculement.

D. – RECOURS CONCERNANT L'APPLICATION DES CONTRATS

Les réclamations formées devant l'administration concernant l'application des contrats aidés ont vocation à être traitées comme les réclamations de tous les contrats d'assurance complémentaire. Il convient de rappeler que la commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCAMIP) a compétence pour contrôler l'ensemble des organismes assureurs dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit.

Il est toutefois souhaitable que les préfets de région, qui sont compétents pour contrôler certaines mutuelles, interviennent de manière générale auprès des organismes de protection sociale complémentaire concernés, et notamment des mutuelles, s'ils constatent une application défailante de la réglementation afin de prévenir les contentieux.

Lorsqu'une réclamation est adressée à un service ou organisme de sécurité sociale incompetent, il lui appartient de la transmettre au service compétent.

Les recours contentieux concernant l'application des contrats doivent être portés devant le tribunal d'instance ou le tribunal de grande instance ou la juridiction de proximité.

VI. – CONTRÔLES, ENQUÊTES ET STATISTIQUES

A. – CONTRÔLES OPÉRÉS PAR LES URSSAF

Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)

sont habilitées à contrôler et à redresser les organismes de protection sociale complémentaire au titre de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Le délai de prescription est celui prévu à l'article L. 244-3 du même code. Ainsi, les redressements sont mis en recouvrement par voie de mise en demeure et celle-ci ne peut viser que les versements exigibles pour l'année en cours et pour les trois années civiles précédant l'année de son envoi.

B. – CONTRÔLES OPÉRÉS PAR LE FONDS SUR LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est habilité à contrôler directement les organismes de protection sociale complémentaire sur les déductions qu'ils opèrent au titre de la protection complémentaire en matière de santé et du crédit d'impôt. Il n'est donc plus nécessaire qu'il dispose à cette effet d'une délégation des URSSAF.

À ce titre, le fonds peut demander aux organismes de protection sociale complémentaire de produire toute pièce utile au contrôle de ces dépenses, notamment les originaux (ou, le cas échéant, les duplicata) des attestations, les justificatifs de l'arrivée au foyer de nouveaux mineurs à charge donnant droit à crédit d'impôt, les contrats et les lettres de résiliation. Les organismes de protection sociale complémentaire doivent conserver l'ensemble de leurs pièces justificatives pendant trois années civiles complètes.

Toutefois, le fonds n'est pas habilité à procéder à des redressements, qui restent de la compétence des URSSAF. Dans ces conditions, en cas de constatation d'anomalie, le fonds saisit l'agence centrale des organismes de sécurité sociale aux fins de contrôle par l'URSSAF.

C. – CONTRÔLES OPÉRÉS PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Pour permettre attribution du droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire, la demande doit être accompagnée dans toute la mesure du possible des justificatifs de ressources et les demandeurs doivent être vivement encouragés à les fournir dès le dépôt du dossier.

Néanmoins, si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être fortement encouragée, son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit. Le demandeur atteste alors sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire de demande et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose.

L'article L. 861-9 du code de la Sécurité sociale énumère les moyens dont disposent les caisses pour effectuer des vérifications. L'article L. 863-4 du code de la sécurité sociale renvoie pour le crédit d'impôt aux dispositions de l'article L. 861-9.

De même que les caisses d'assurance maladie effectuent déjà des vérifications systématiques auprès des caisses débitrices de prestations familiales lors de l'instruction des demandes de protection complémentaire en matière de santé et, dorénavant, de droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire, de même elles doivent demander des renseignements auprès d'autres services, lorsque le cas est justifié.

Les intéressés devront être informés simultanément de la faculté de contrôle dont dispose la caisse pour vérifier leurs déclarations et des conséquences d'une fausse déclaration ou d'une réticence de leur part à fournir les informations nécessaires à l'instruction de leur dossier prévues au II de l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale, applicables au droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire.

D. – ENQUÊTES SUR LES PRIX ET LE CONTENU DES CONTRATS

Le fonds est également chargé de rendre compte de l'évolution des prix et du contenu des contrats ouvrant droit à crédit d'impôt. À cette fin, il élaborera, en concertation avec les fédérations d'organismes de protection sociale complémentaire, un questionnaire à destination des organismes bénéficiaires du crédit d'impôt.

E. – SUIVI STATISTIQUE

Outre les renseignements obtenus à partir des doubles des déclarations des organismes de protection sociale complémentaire aux URSSAF, le fonds peut demander à ceux-ci tous renseignements statistiques nécessaires au suivi de ce dispositif. Les caisses d'assurance maladie doivent également lui transmettre les informations relatives au nombre de personnes auxquelles elles ont accordé le droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire.

Le fonds transmet l'ensemble de ces renseignements à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et à la direction de la sécurité sociale, à leur demande.

VII. – EXONÉRATION DE COTISATION AU RÉGIME GÉNÉRAL SUR CRITÈRE DE RÉSIDENCE

De même que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, les bénéficiaires du droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire sont exonérés, en application du dernier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, de cotisation d'assurance maladie s'ils relèvent du régime général sur critère de résidence en France prévu à l'article L. 380-1 du même code. L'exonération vaut pour la période où le droit à déduction est effectif. Comme les caisses d'assurance maladie ne connaissent pas la date de début de ce droit au moment où elles délivrent l'attestation, elle peuvent demander au bénéficiaire de lui fournir un document remis par l'organisme de protection sociale complémentaire la renseignant sur la date d'effet du droit. Il convient toutefois de souligner que ces cas devraient être exceptionnels.

Je vous engage à me faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés d'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation,

Le directeur de la sécurité sociale,

Dominique LIBAULT

PLAFOND DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ (CMU COMPLÉMENTAIRE) ET LE CRÉDIT D'IMPÔT AU TITRE DES CONTRATS D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ INDIVIDUELS

nombre de personnes	plafond CMU complémentaire au 01/07/04 (décret n° 2004-996 du 21/09/04)		plafond crédit d'impôt au 01/01/05 (CMU complémentaire + 15 % (CMU complémentaire + 15 % : art. L. 863-1 CSS))		coefficient de majoration (article R. 861-3 du CSS)
	annuel	équivalent mensuel	annuel	équivalent mensuel	
1	6 913,57	576,13	7 950,61	662,55	-
2	10 370,36	864,20	11 925,91	993,83	+ 50 % de 1 personne
3	12 444,43	1 037,04	14 311,09	1 192,59	+ 30 % de 1 personne
4	14 518,50	1 209,88	16 696,28	1 391,36	+ 30 % de 1 personne
par personne supplémentaire	2 765,43	230,45	3 180,24	265,02	+ 40 % de 1 personne

PLAFOND DE RESSOURCES DOM

nombre de personnes	plafond CMU complémentaire au 01/07/04 (métropole + 10,8 % : 2 ^{ème} alinéa art. D. 861-1 CSS)		plafond crédit d'impôt au 01/01/05 (CMU complémentaire + 15 % : art. L. 863-1 CSS)		coefficient de majoration (article R. 861-3 du CSS)
	annuel	équivalent mensuel	annuel	équivalent mensuel	
1	7 660,24	638,35	8 809,28	734,11	-
2	11 490,36	957,53	13 213,91	1 101,16	+ 50 % de 1 personne
3	13 788,43	1 149,04	15 856,69	1 321,39	+ 30 % de 1 personne
4	16 086,50	1 340,54	18 499,48	1 541,62	+ 30 % de 1 personne
par personne supplémentaire	3 064,10	255,34	3 523,72	293,64	+ 40 % de 1 personne