

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail

Bureau 2A

Circulaire interministérielle DSS/2A n° 2009-128 du 11 mai 2009 relative au recouvrement par les organismes de sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

NOR : SASS0910659C

Date d'application : immédiate.

Résumé : les assurés sociaux doivent acquitter une participation forfaitaire de 1 € pour certains actes et consultations. Une franchise a par ailleurs été instaurée sur certaines prestations et produits de santé. Ces sommes sont déduites par l'organisme de sécurité sociale sur le remboursement des actes, consultations ou produits de santé concernés. Lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, les sommes concernées peuvent être versées directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérées par cette dernière sur les prestations à venir.

Mots clés : participation forfaitaire - franchises - recouvrement par les organismes de sécurité sociale, tiers payant - prescription.

Références :

Articles L. 322-2 (II et III), L. 322-4, L. 331-1, L. 432-1, L. 711-4, R. 322-9-2 et R. 322-9-3, D. 322-2 à D. 322-9 du code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2008-561 du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile ;

Circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 relative à la mise en œuvre de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Textes abrogés ou modifiés : la circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 relative à la mise en œuvre de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

Suppression de la dernière phrase du résumé de la circulaire ;

Suppression de la phrase d'introduction du B du III relatif au mécanisme de récupération de la franchise ;

Suppression de l'intégralité du 1 b du B du III relatif au mécanisme de récupération de la franchise.

La ministre de la santé et des sports, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville à Monsieur le ministre de l'agriculture et de la pêche, direction générale de la forêt et des affaires rurales ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la

solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction de la santé et du développement social de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de La Réunion; Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; Monsieur le directeur général de la caisse du régime social des indépendants; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires d'assurance maladie des régimes spéciaux.

L'article 20-1 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale) a instauré à compter du 1^{er} janvier 2005 une participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour certains actes et consultations. L'article 52-1 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité pour 2008 (III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale) a par ailleurs institué, à compter du 1^{er} janvier 2008, une franchise annuelle sur certaines prestations et produits de santé. La participation forfaitaire et la franchise sont déduites des remboursements effectués par l'organisme d'assurance maladie sur les actes, consultations, médicaments ou transports sanitaires concernés. Elles s'appliquent également aux assurés qui relèvent du régime des accidents du travail et maladies professionnelles.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de récupération par les organismes d'assurance maladie de la participation forfaitaire et de la franchise.

1. Rappel des actes et prestations concernés par la participation forfaitaire et la franchise

1.1. La participation forfaitaire

Elle est due aux termes de l'article L. 322-2 (II) du CSS :

- pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation ;
- pour les examens de biologie médicale.

Le montant de la participation forfaitaire est actuellement fixé à 1 €.

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 50 par année civile et par personne pour l'ensemble des actes concernés.

Lorsque, pour un même bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supporté ne peut être supérieur à quatre.

Pour la réalisation d'un acte de biologie, lorsque l'acte de prélèvement est effectué par un directeur de laboratoire non médecin ou un technicien de laboratoire, seul l'acte de biologie supporte la participation forfaitaire. Si l'acte de prélèvement est réalisé par un auxiliaire médical, la franchise sera appliquée à l'acte de prélèvement.

1.2. La franchise

La circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 a précisé les modalités de mise en œuvre de la franchise annuelle.

La franchise à la charge de l'assuré concerne les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle s'élève à :

- 50 centimes d'euro par boîte de médicament ou toute autre unité de conditionnement et par médicament prescrit pour les médicaments rétrocedés ;
- 50 centimes d'euro par acte effectué par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement de santé ou un centre de santé à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- 2 euros pour les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. Ce montant s'applique pour chaque trajet.

Elle ne peut dépasser un plafond journalier pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires fixé respectivement à 2 € et à 4 €.

Le montant des franchises est plafonné à 50 euros par année civile et par personne pour l'ensemble des actes et prestations concernés.

1.3. Les personnes dispensées de l'acquittement de la participation forfaitaire et des franchises

La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas dues :

- pour les ayants droit de l'assuré qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année considérée ;
- par les personnes bénéficiant de l'assurance maternité dans les conditions définies à l'article L. 331-1 du CSS ;
- par les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- par les titulaires d'une pension militaire d'invalidité pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités donnant lieu à pension (en application de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre).

1.4. *La prise en compte de la participation forfaitaire et de la franchise*

L'appréciation des règles de gestion de la participation forfaitaire et de la franchise (plafond journalier, critères de dispense de leur paiement...) doit être effectuée à la date des soins.

L'alimentation du compteur et la comptabilisation annuelle doivent être prises en compte à la date du remboursement des consultations, actes et prestations (art. D. 322-2 et D. 322-6 du CSS pour la comptabilisation annuelle).

2. Les modalités de recouvrement en cas de dispense d'avance des frais

2.1. *La récupération sur le remboursement des prestations à verser ultérieurement*

Lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la caisse ne pouvant pas déduire les participations et les franchises des remboursements effectués, celles-ci seront imputées sur les prestations ultérieures versées par la caisse à l'assuré. Il est précisé qu'un arrêt attendu du Conseil d'Etat devrait annuler l'article 2 du décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 qui avait modifié l'article D. 322-3 du code de la sécurité sociale et qui précisait que « la caisse est tenue d'imputer la participation due par l'intéressé sur les premières prestations qu'elle lui verse ultérieurement » (l'article D. 322-9 rend applicable à la franchise les dispositions de l'article D. 322-3). Les dispositions antérieures du décret qui prévoyaient que « la participation due est imputée sur les prestations ultérieures versées par la caisse » seront de nouveau applicables à compter de la date de l'annulation de la disposition.

La récupération sur les prestations ultérieures à verser déroge à la règle d'insaisissabilité des prestations (prévues notamment aux articles L. 322-7 du CSS pour les prestations en nature de l'assurance maladie, L. 361-5 pour le capital décès, L. 434-18 pour les rentes AT/MP, L. 434-1 pour l'indemnité en capital versée à la victime d'un AT atteint d'une incapacité inférieure à 10 %, etc.).

La loi n'exclut aucune prestation du dispositif de compensation, les participations et les franchises peuvent donc être récupérées sur l'ensemble des remboursements de prestations effectués par la caisse (annulation sur ce point du paragraphe III/B/b/1 – récupération en cas de dispense de frais – de la circulaire DSS/2 A n° 2008-179 du 5 juin 2008 relative à la mise en œuvre de la franchise) : toutes prestations en nature ou en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès ou rentes AT/MP, frais funéraires, etc.).

Certaines prestations sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions que les salaires (application des articles L. 3252-1 à L. 3252-13 et R. 3252-1 à R. 3252-10 du code du travail) : c'est le cas des indemnités journalières (art. L. 323-5 du CSS pour les indemnités journalières servies en cas d'arrêt maladie et L. 433-3 pour les indemnités journalières versées en cas d'AT/MP) et des pensions d'invalidité (art. L. 355-2 du CSS). Un décret définit tous les ans les proportions saisissables ou cessibles des rémunérations : pour l'année 2009 ces proportions ont été définies par le décret n° 2008-1288 du 9 décembre 2008 (JO du 11 décembre 2008).

Les caisses devront veiller à respecter ces dispositions pour que les retenues opérées sur ces catégories de prestations ne laissent pas à l'assuré des montants de prestations inférieurs aux seuils prévus sauf si l'assuré manifeste son accord pour que la compensation s'opère au-delà ou le demande.

La récupération ne sera toutefois pas effectuée sur les indemnités journalières subrogées car, dans ce cas, la prestation n'est pas versée au débiteur de la créance mais à l'employeur.

2.2. *Le recouvrement en cas d'impossibilité de récupérer les participations sur les remboursements à venir*

2.2.1. Un avis des sommes à payer doit être adressé à l'assuré

Lorsque la caisse ne peut pas recouvrer les sommes dues sur les remboursements de soins à venir, leur paiement doit être réclamé à l'assuré. L'organisme d'assurance maladie devra lui adresser à cette fin un avis des sommes à payer en l'informant sur les montants dont il est redevable.

Compte tenu toutefois des faibles montants que ces sommes peuvent représenter, l'organisme d'assurance maladie pourra, pour des raisons de coût de gestion, faire une demande globalisée de remboursement et de recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise à la fin de chaque année civile.

2.2.2. Les éléments que doit comporter l'avis des sommes à payer

L'avis des sommes à payer devra comporter :

- les éléments permettant de les identifier (bénéficiaire concerné, actes ou prestations sur lesquels ils portent, date de leur remboursement par la caisse, montants concernés) ;
- les voies et les délais de recours (possibilité de contester la décision devant la commission de recours amiable dans les 2 mois suivant l'envoi de la demande).

2.2.3. Les éléments à prendre en compte pour le recouvrement

Si l'assuré présente des observations écrites, il est recommandé aux services gestionnaires de lui adresser une réponse au moins 15 jours avant l'expiration du délai de saisine de la commission de recours amiable (CRA). La présentation d'observations ne suspend pas le délai de saisine de la CRA.

La caisse pourra, le cas échéant, proposer un échelonnement du paiement de la dette à l'assuré. Si celui-ci en fait la demande, il appartiendra alors à la caisse d'en apprécier l'opportunité compte tenu de sa situation financière.

S'il est redevable de dettes de participation forfaitaire et de franchise de dates différentes, les dettes les plus anciennes doivent d'abord être recouvrées.

Lorsque l'assuré est déjà redevable d'indus de prestations et qu'il bénéficie d'un échéancier de paiement pour les acquitter dans le cadre de l'article L. 133-4-1 du CSS, les sommes dues au titre de la participation forfaitaire et de la franchise pourront être rajoutées à l'échéancier de paiement. Il appartiendra à la caisse d'apprécier l'opportunité d'augmenter le montant des échéances ou de les allonger compte tenu de la situation financière de l'intéressé.

Si l'assuré n'a pas répondu à la demande de paiement des participations (pas de lettre de réclamation, pas de contestation devant la CRA dans le délai requis) et n'a pas acquitté les sommes dues, une mise en demeure devra lui être adressée. Les sommes seront récupérées dans le cadre de la procédure de recouvrement de droit commun (saisine du TASS pour obtenir un titre exécutoire) ou par voie de contrainte pour les caisses relevant de la MSA.

3. La prescription de l'action en recouvrement de la caisse

La loi n'a pas fixé de délai de prescription pour l'action en recouvrement par la caisse de sécurité sociale de la participation forfaitaire et de la franchise. Les délais de deux ans existant pour les prestations de sécurité sociale ne leur sont pas applicables puisqu'elles n'ont pas la nature de prestations de sécurité sociale. Le délai de prescription applicable à la participation forfaitaire et à la franchise est en conséquence celui de la prescription extinctive de droit commun fixée par le code civil, qui s'applique lorsque la loi ne prévoit pas de règle particulière en la matière. Ce délai qui était de trente ans a été modifié par la loi n° 2008-561 du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile (loi publiée au JO du 18 juin 2008) et ramené à cinq ans (art. 2224 du code civil).

Il est précisé que cette loi a créé un article 2219 dans le code civil qui définit la prescription extinctive comme : « un mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps » (prescription du droit et de l'action en justice).

3.1. La comptabilisation des délais de la prescription extinctive

3.1.1. Le point de départ du délai

Le code civil ne contenait pas de dispositions générales permettant de déterminer le point de départ de la prescription (il revenait à la jurisprudence de les préciser en l'absence de dispositions législatives spécifiques).

La loi du 17 juin 2008 a donc introduit dans le code civil (à l'art. 2224) une règle générale pour déterminer le point de départ de la prescription qui court aux termes de cet article, à défaut de dispositions législatives spéciales, « à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer ».

La participation forfaitaire et la franchise sont dues par les assurés à compter du remboursement des soins. En conséquence, le délai de prescription de l'action en recouvrement de la caisse de cinq ans, doit être décompté à partir de la date du remboursement des prestations sur lesquelles la participation forfaitaire et la franchise s'imputent. Par ailleurs, l'assuré social, dès lors que des soins lui sont remboursés ou pris en charge dans le cadre de la dispense d'avance de frais, a connaissance qu'il est redevable de la participation forfaitaire ou de la franchise.

Le délai de prescription doit par ailleurs être décompté pour chaque participation forfaitaire de 1 € due et pour chacun des montants de franchise à la charge de l'assuré.

3.1.2. Le cours de la prescription

La loi du 17 juin 2008 reprend les dispositions des anciens articles 2260 et 2261 du code civil qui deviennent les articles 2228 et 2229 sur le mode de calcul du délai de prescription. La prescription se compte par jours et est acquise lorsque le dernier jour du terme est accompli.

Le délai de prescription ne commence à courir que le lendemain du jour de l'année n qui y a donné naissance et se termine le jour qui porte le même quantième, soit le jour qui a servi de point de départ, à minuit en année $n + 5$.

Exemple : remboursement par la caisse d'une consultation le 15 mars 2009 sur lequel est retenue une participation de 1 € : la prescription pour le recouvrement de cette participation commence à courir le 16 mars 2009 et sera acquise le 16 mars 2014 à minuit.

3.1.3. L'interruption de la prescription

La plupart des règles relatives à l'interruption de la prescription sont reprises par la loi du 17 juin 2008 (art. 2240 à 2246 du code civil). Les causes d'interruption (la reconnaissance de sa dette par le débiteur, la demande en justice même en référé, un acte d'exécution forcée, etc.) sont applicables aux prestations de sécurité sociale ainsi qu'à la participation forfaitaire et à la franchise.

La saisine de la commission de recours amiable n'interrompt pas le délai de prescription.

La jurisprudence admettait également, antérieurement, que la réclamation adressée par lettre recommandée avec accusé de réception par un organisme de sécurité sociale à un assuré avait pour effet d'interrompre le cours de la prescription (par ex. : Cass. soc. 6 janvier 2000 où la Cour a considéré que la réclamation valait commandement interruptif de la prescription au sens de l'art. 2244 du code civil ou Cass. civ.2, 22 novembre 2005, n° 04-30583). La question du maintien de cette solution jurisprudentielle se pose compte tenu de la nouvelle loi qui énumère les causes d'interruption de la prescription de manière limitative, parmi lesquelles ne figure plus le commandement.

Les effets de l'interruption de la prescription qui ne présentent pas de nouveauté pour ce qui est de l'action des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les sommes qui leur sont dues sont définis par le nouvel article 2231 qui dispose que « l'interruption efface le délai de prescription acquis. Elle fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien ».

L'article 2238 du code civil prévoit que la médiation et la conciliation suspendent la prescription, à compter du jour où les parties conviennent d'y recourir. La suspension de la prescription a pour effet d'en arrêter temporairement le cours, sans effacer le délai déjà couru (art. 2230 du même code).

3.1.4. Un délai butoir a été introduit

L'une des innovations de la loi du 17 juin 2008 (art. 2232 du code civil) a par ailleurs été de créer un délai butoir qui conduit à la déchéance du droit d'agir. Cet article dispose que le report du point de départ, la suspension ou l'interruption de la prescription ne peut avoir pour effet de porter le délai de la prescription extinctive au-delà de vingt ans à compter du jour de la naissance du droit. Il s'applique donc à l'action en recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise.

Concrètement, quelle que soit la cause de la suspension, de l'interruption ou du report du point de départ, pour reprendre l'exemple précédent, dans le cas du remboursement par la caisse d'une consultation le 15 mars 2009 sur lequel est retenue une participation de 1 € – la caisse ne pourra plus agir après le 16 mars 2029.

3.2. *L'application dans le temps de la loi du 17 juin 2008 et ses incidences pour la participation forfaitaire et la franchise*

3.2.1. L'application dans le temps de la loi du 17 juin 2008

L'article 26 de la loi du 17 juin 2008 précise les dispositions transitoires applicables.

Lorsqu'une instance a été introduite avant l'entrée en vigueur de la loi, l'action est poursuivie et jugée conformément à la loi ancienne y compris en appel et en cassation.

La modification du délai de prescription n'a pas d'effet sur une prescription définitivement acquise.

La loi nouvelle s'applique en revanche « lorsque le délai de prescription n'était pas expiré à sa date d'entrée en vigueur ».

Si la loi nouvelle allonge le délai de prescription « il est alors tenu compte du délai déjà écoulé ».

Si la loi nouvelle réduit le délai de prescription, le nouveau délai court à compter du jour de son entrée en vigueur sans que la durée totale prévue puisse excéder la durée prévue par la loi antérieure.

3.2.2. L'application de ces dispositions aux prescriptions de l'action en recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise

Les dispositions de l'article 26 de la loi du 17 juin 2008 sur les réductions des délais de prescription sont donc applicables à la prescription de l'action en recouvrement par l'organisme de sécurité sociale de la participation forfaitaire et de la franchise dont les délais passent de trente ans à cinq ans.

En conséquence le nouveau délai de cinq ans s'applique :

- aux participations forfaitaires et franchises dues à compter de l'entrée en vigueur de la loi (soit à compter du 19 juin 2008) ;
- à celles nées antérieurement dès lors qu'aucune instance n'a été introduite avant l'entrée en vigueur de la loi. Il n'y a pas lieu de distinguer entre les instances introduites par la caisse ou par l'assuré.

Compte tenu de la date de la création de la participation forfaitaire (1^{er} janvier 2005) et de la franchise (1^{er} janvier 2008), l'application du nouveau délai de prescription (cinq ans) ne peut pas dépasser l'ancien (trente ans). Les créances de participation forfaitaire et de franchise nées avant le 19 juin 2008 se trouveront donc toutes prescrites le 19 juin 2013 à minuit.

Exemple : une créance de 10 € de participation forfaitaire est due par un assuré à compter 1^{er} juin 2005 – la caisse pouvait la réclamer jusqu'au 1^{er} juillet 2035. Elle dispose en vertu de la nouvelle loi d'un délai pour agir de cinq ans à compter du 19 juin 2008, soit jusqu'au 19 juin 2013.

Si l'assuré a saisi la CRA de la caisse, qui n'est pas une juridiction, aux fins de contester la décision de recouvrement de la caisse, les dispositions de la loi relatives aux instances en cours ne sont pas applicables (Cass. civ.2, 12 février 2009, n° 07-21814). Celles-ci concernent les cas où la caisse ou l'assuré a saisi le TASS, la cour d'appel ou la Cour de cassation.

4. **Les caisses ne peuvent pas abandonner leur mise en recouvrement**

Les articles D. 322-3 et D. 322-9 précités précisent que la caisse d'assurance maladie ne peut pas abandonner la mise en œuvre du recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise et que toute créance née à ce titre non recouvrée à sa date de prescription est annulée.

En conséquence, ne sont pas applicables à la participation forfaitaire et à la franchise les articles suivants du code de la sécurité sociale :

- l'article L. 133-3 relatif à l'abandon par les organismes de sécurité sociale du recouvrement de leurs créances lorsqu'elles sont inférieures à un certain seuil fixé actuellement à 0,68 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- l'article D. 133-2-1 (3^e alinéa) qui prévoit que les créances autres que les cotisations de sécurité sociale inférieures à un montant fixé par arrêté (actuellement 80 €) peuvent être admises en non valeur dès lors que les frais de recouvrement contentieux de la créance atteignent ce montant ;
- l'article L. 256-4 relatif à la possibilité pour l'assuré de saisir la CRA pour obtenir une remise de dette en cas de précarité.

Les articles D. 322-3 et D. 322-9 du code de la sécurité sociale prévoient par ailleurs que pour l'application de l'article L. 133-3, les créances relatives à la participation forfaitaire et à la franchise ne sont pas cumulables avec les créances visées à l'article D. 133-2 du CSS, soit avec les créances de prestations.

Les caisses ont donc l'obligation de mettre en œuvre l'ensemble des moyens pour recouvrer les sommes dues. En cas d'impossibilité de les recouvrer, en dépit des diligences exercées, la créance sera annulée à l'issue du délai de prescription. Les caisses devront dans ce cas imputer les créances au compte 658513 pour l'assurance maladie-maternité et au compte 658523 pour les créances concernant les accidents de travail et maladies professionnelles.

Les caisses pourront admettre en non valeur les créances non prescrites selon les modalités définies par l'article D. 133-2-1 du CSS (à l'exception des dispositions du 3^e alinéa de cet article), soit en cas d'insolvabilité du débiteur, de disparition ou de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable et selon les dispositions mises en œuvre pour les autres créances des caisses.

5. Autres points sur le recouvrement

5.1. Le problème particulier des établissements de santé

Le recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise, pour les soins donnés dans le cadre des hôpitaux publics, a rencontré des difficultés du fait de l'absence de transmissions informatiques entre les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie.

Les données concernant les années 2005 à 2008 ont été transmises, depuis fin 2007, aux caisses du régime général, du régime agricole et à la caisse nationale militaire, par la majorité des établissements de santé. Pour les autres régimes les données seront transmises très prochainement.

Il est recommandé aux caisses de recouvrer les montants des créances dues de manière progressive sur les prestations à venir si ceux-ci sont importants. Dans le cas où elles ne pourraient pas être recouvrées sur les prestations à venir les caisses pourront proposer un échéancier de paiement à l'assuré.

5.2. Cas de décès du redevable

Les créances devront être recouvrées sur les prestations versées en cas de décès aux héritiers.

En cas d'impossibilité de les recouvrer en tout ou partie sur ces prestations, l'organisme de sécurité sociale devra les récupérer selon les mêmes dispositions que celles mises en œuvre pour recouvrer les autres créances (indus de prestations notamment).

Les créances pourront être admises en non valeur en cas de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable (art. D. 133-2-1 du CSS – cf. le 4^o précédent).

5.3. Changement de caisse au sein d'un même régime de sécurité sociale ou de régime de sécurité sociale

La circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 précitée relative à la franchise précise qu'en cas de changement de caisse ou de régime de sécurité sociale, les informations relatives aux montants déjà enregistrés et ceux déjà acquittés au titre de la franchise sont transmises à la nouvelle caisse d'affiliation, pour lui permettre de connaître les sommes dont l'assuré sera redevable compte tenu du plafond annuel de la franchise.

Ces mêmes règles sont applicables pour la participation forfaitaire.

5.3.1. Changement de caisse au sein d'un même régime

En cas de changement d'organisme d'affiliation au sein d'un même régime, le transfert du recouvrement de la créance pourra se faire par la procédure d'opposition amiable entre caisses.

L'opposition amiable est adressée à l'agent comptable par simple lettre accompagnée de l'attestation ou du titre de créance. Elle est recevable :

- si la créance à recouvrer par l'organisme prenant est une créance liquide et exigible ;
- si l'organisme cédant ou prenant s'engage à restituer les sommes en cas de contestation de l'assuré ;
- si la condition de réciprocité est respectée entre les organismes ;
- et dans la limite de la quotité saisissable pour les prestations qui sont cessibles et saisissables comme les salaires.

Pour les assurés relevant du régime social des indépendants (RSI), la créance sera transférée selon ces modalités par l'organisme conventionné cédant au nouvel organisme conventionné de rattachement de l'assuré.

5.3.2. Changement de régime de sécurité sociale

En cas de changement de régime de sécurité sociale, la caisse d'origine de l'assuré devra facturer à l'assuré la créance et procéder à son recouvrement. La possibilité de transfert de la créance à la caisse du nouveau régime fera l'objet d'un examen spécifique et ultérieur.

*
* *

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître les éventuelles difficultés que l'application de la présente circulaire pourrait susciter.

Pour le ministre et par délégation :
La directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT