

N° 1948

N° 507

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 15 mai 2019

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 15 mai 2019

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR
LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE LOI relative au
droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé,

PAR M. DOMINIQUE DA SILVA

PAR M. MICHEL AMIEL,

Rapporteur,

Rapporteur,

Député.

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : Mme Brigitte Bourguignon, députée, présidente ; M. Alain Milon, sénateur, vice-président ; M. Dominique Da Silva, député, et M. Michel Amiel, sénateur, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Laurent Pietraszewski, Julien Borowczyk, Gilles Lurton, Stéphane Viry, et Mme Nathalie Elimas, députés ; Mme Catherine Deroche, MM. René-Paul Savary, Yves Daudigny, Mme Michelle Meunier, et M. Olivier Henno, sénateurs.

Membres suppléants : MM. Guillaume Chiche, Sylvain Maillard, Marc Delatte, Mme Fiona Lazaar, M. Boris Vallaud, et Mme Agnès Firmin Le Bodo, députés ; M. Stéphane Artano, Mmes Laurence Cohen, Chantal Deseyne, Corinne Féret, Pascale Gruny, Frédérique Puissat, et M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1660, 1772** et T.A. **249.**

1920. Commission mixte paritaire : **1948.**

Sénat : 1^{re} lecture : **417, 440, 441** et T.A. **93** (2018-2019).

Commission mixte paritaire : **508** et **507** (2018-2019).

SOMMAIRE

—

| | Pages |
|--------------------------------------|-----------|
| TRAVAUX DE LA COMMISSION..... | 5 |
| TABLEAU COMPARATIF | 13 |

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, texte adopté par l'Assemblée nationale le 27 mars dernier et par le Sénat le 2 mai, s'est réunie à l'Assemblée nationale le mercredi 15 mai 2019.

La commission mixte paritaire procède à la désignation de son bureau, ainsi constitué :

- Mme Brigitte Bourguignon, députée, présidente ;
- M. Alain Milon, sénateur, vice-président ;
- M. Dominique Da Silva, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale ;
- M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur pour le Sénat.

*

* *

Mme Brigitte Bourguignon, députée, présidente. Nous avons affaire à un texte court et qui, me semble, par son objet, pouvoir donner lieu à un accord. Nos deux rapporteurs nous confirmeront, j'espère, que tel est bien le cas.

M. Alain Milon, sénateur, vice-président. Je vous remercie pour votre accueil, Madame la présidente. Avant d'aborder le fond du texte, je voudrais saluer le travail de nos rapporteurs qui, chacun pour leur part dans leur assemblée, ont travaillé dans un contexte politique qui n'était pas si simple que cela.

Ils ont élaboré ensemble un compromis tendant à recentrer le texte sur sa disposition initiale, la résiliation à tout moment, après un an d'adhésion, des contrats de complémentaire santé, ce qui nous permet d'envisager, chaque assemblée faisant un pas vers l'autre, que la commission mixte paritaire aboutisse.

Je m'en félicite. Sans surestimer l'impact de ce texte sur la recomposition du marché des complémentaires, que certains redoutent et que d'autres appellent de leurs vœux, j'y suis favorable car il apporte une souplesse supplémentaire pour les usagers, et devrait bénéficier tant aux retraités qu'aux petites entreprises. Les

particuliers bien informés comme les entreprises dotées de directions des ressources humaines étoffées savent d’ores et déjà tirer parti de la possibilité de résiliation annuelle prévue par notre droit.

Nous avons déjà vu des secteurs entiers que la puissance publique n’avait pas su réguler connaître une transformation radicale sous l’effet d’une concurrence accrue. Cela ne sera sans doute pas le cas pour les complémentaires santé sous le seul effet de ce texte, mais donner de la souplesse, c’est à nos yeux renforcer la marge de manœuvre des adhérents.

Même si je considère que les lois ne sont pas faites pour envoyer des signaux mais bien pour fixer des règles, la volonté d’envoyer un signal aux professionnels de santé sur le tiers-payant à l’article 3 *bis* A ne doit pas mettre en échec notre volonté d’aboutir.

Je m’abstiendrai donc sur la proposition tendant à rétablir cet article, dans une rédaction qui porte clairement ce signal, et ne ferai pas obstacle à son adoption.

M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur. La proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé comptait initialement quatre articles. Elle a été complétée par l’Assemblée nationale de trois articles additionnels.

Au Sénat, elle a suscité un large débat sur lequel je ne reviendrai pas ici. Notre commission des affaires sociales a dans un premier temps supprimé, contre l’avis que j’avais porté en tant que rapporteur, les articles 1^{er}, 2, 3 et 4 formant le « cœur » de ce texte.

Ces quatre articles ont ensuite été rétablis en séance publique, par l’adoption d’amendements de notre collègue Philippe Dallier pour les articles 1^{er} à 3, et de deux amendements identiques déposés en mon nom propre et par le Gouvernement s’agissant de la date d’entrée en vigueur maintenue par le Sénat au 1^{er} décembre 2020 au plus tard.

Le texte qui résulte des travaux du Sénat présente sur ces quatre articles une rédaction très proche de celle adoptée par l’Assemblée nationale ; cette rédaction conserve notamment les apports introduits à l’initiative de mon homologue Dominique Da Silva concernant la simplification des modalités de résiliation ou le principe selon lequel le nouvel organisme assure les formalités nécessaires à l’exercice du droit de résiliation.

Sur les autres articles, le Sénat a précisé la rédaction de l’article 3 *bis* introduit par l’Assemblée nationale qui complète utilement l’information des assurés sur le taux de redistribution des contrats ; la rédaction retenue s’en tient à une information plus simple et intelligible, exprimée sous forme de ratios.

Le Sénat a par ailleurs supprimé, sur ma proposition et suivant la position retenue par notre commission, deux articles introduits par l'Assemblée nationale : les articles 3 *bis* A et 3 *ter*. En effet, il ne nous a pas semblé qu'ils apportaient une solution opérante aux enjeux pourtant importants soulevés, tenant à la mise en œuvre du tiers payant ou à la lisibilité des contrats de complémentaire santé.

Enfin, le Sénat, renouvelant une position déjà exprimée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, a proposé d'étendre à tous les professionnels de santé l'interdiction des pratiques de remboursement différencié par les organismes complémentaires d'assurance maladie dans le cadre des réseaux de soins. C'est le sens du nouvel article 3 *bis* AA introduit par notre commission à l'initiative de notre collègue Daniel Chasseing et confirmé en séance publique.

Nous aboutissons donc à un texte finalement très proche quant au dispositif central, qui est celui de l'assouplissement du droit à résiliation des contrats de complémentaire santé.

Nos différences portent sur des dispositions que je qualifierais, sans jugement de valeur, de « périphériques ».

Notre commission mixte paritaire pourrait donc, je le souhaite, aboutir à un texte comportant le cœur du dispositif de la proposition de loi ; ce serait faire un pas vers une simplification des démarches pour les assurés et une concurrence accrue sur le marché de la complémentaire santé, pour viser une meilleure efficacité de ses opérateurs. Sur ces dispositions, nous sommes d'accord avec mon collègue Dominique Da Silva pour apporter aux articles 1^{er} à 3 de simples ajustements.

Concernant l'article 3 *bis* A, supprimé par le Sénat, je peux comprendre la volonté de nos collègues de montrer un signal pour que le processus de consultation en ligne des droits s'intensifie. C'est la direction déjà prise par les organismes complémentaires dans le cadre des travaux sur le tiers payant intégral mais des progrès sont encore nécessaires, y compris et même surtout de la part des établissements de santé encore peu outillés en logiciels adaptés. L'initiative de réintroduire cette disposition sous une nouvelle rédaction moins ambiguë ne devrait pas empêcher notre commission mixte paritaire de conclure.

Je remercie particulièrement Dominique Da Silva pour la qualité de nos échanges en amont de cette réunion.

M. Dominique Da Silva, député, rapporteur. Je ne reviendrai pas sur le parfait exposé des travaux des deux chambres que vient de nous faire mon homologue Michel Amiel.

Comme le rapporteur pour le Sénat, je me félicite de l'accord de nos deux assemblées pour mettre en œuvre le droit de résiliation des contrats d'assurance complémentaire santé à tout moment après la première année de souscription, avec

une entrée en vigueur de cette faculté le 1^{er} décembre 2020, comme initialement prévu à l'article 4.

Je note également que le Sénat a entériné le dispositif de simplification et de modernisation des modalités de notification d'une résiliation de contrat d'assurance par l'assuré, que nous avons adopté en première lecture aux articles 1^{er} à 3, visant à simplifier la vie des consommateurs. De la même manière, avec une rédaction épurée, le Sénat a également voté en faveur d'une meilleure transparence des contrats proposés par les organismes d'assurance complémentaire santé avec l'obligation de communiquer le taux de redistribution, au même titre que les frais de gestion, introduite à l'article 3 *bis*.

Nos discussions ont donc essentiellement porté sur les dispositions additionnelles votées par les deux chambres.

Afin de rassurer les professionnels de santé, l'Assemblée nationale a souhaité qu'un dispositif de consultation des droits complémentaires soit mis à leur disposition avant l'entrée en vigueur de la proposition de loi. L'Assemblée nationale avait également souhaité qu'une autorité indépendante, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, soit chargée d'une mission de contrôle pour s'assurer que les engagements des organismes complémentaires en termes de lisibilité de leurs offres soient tenus. Le Sénat n'a pas été convaincu et a jugé ces dispositions insuffisamment normatives.

De notre côté, la disposition introduite par le Sénat, visant à interdire les remboursements différenciés opérés par les réseaux de soins, ne peut recevoir notre assentiment, car d'un point de vue formel, cette disposition n'a pas de lien avec la proposition de loi et, sur le fond, elle remettrait en cause l'intérêt des réseaux de soins, qui participent à la politique de modération des dépenses de santé et peuvent se révéler intéressants pour l'assuré, à plus d'un titre.

Avec le rapporteur du Sénat, nous sommes tombés d'accord pour vous proposer d'en rester à l'épuration du texte – et à son objet premier, puisqu'il fait consensus entre nos deux assemblées. Nous vous proposerons donc de retenir des rédactions communes précisant le champ des articles 1^{er}, 2 et 3, qui introduisent le principe de la résiliation infra-annuelle pour les trois catégories d'organismes complémentaires et d'adopter les articles 3 *bis* et 4, dans leur rédaction adoptée par le Sénat.

Je remercie Michel Amiel d'avoir compris que la question de la consultation des droits en ligne par les professionnels de santé, sécurisant le tiers payant en faveur des assurés, est une préoccupation majeure pour les députés. Il faut que les plateformes nécessaires soient accessibles à la même échéance que l'entrée en vigueur du présent texte. C'est pourquoi je vous présenterai une rédaction améliorée de l'article 3 *bis* A, prenant en compte les observations du Sénat.

En contrepartie, les autres dispositions, sur lesquelles nous ne sommes pas en mesure de trouver un accord entre les deux assemblées devront être supprimées.

Dans ce cadre, il est donc possible d'aboutir à un texte susceptible de rencontrer l'assentiment de nos deux chambres.

Mme Brigitte Bourguignon, députée, présidente. Dès lors qu'un accord semble possible, je vous propose de passer à l'examen des dispositions restant en discussion.

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen des dispositions restant en discussion.

Article 1^{er}

M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur. Je ferai une présentation commune des rédactions proposées par les rapporteurs aux articles 1^{er}, 2 et 3, qui portent des dispositions similaires mais concernent trois codes différents.

Cette proposition de modification n° 1 reprend l'accord des deux assemblées pour mettre en œuvre le principe de la faculté de résiliation des contrats d'assurance complémentaire santé à tout moment après la première année de souscription.

Elle entérine également la simplification et la modernisation des modalités de notification d'une résiliation de contrat d'assurance par l'assuré votées par les deux chambres, en renvoyant expressément aux moyens de résilier le contrat par un mode de communication à distance symétrique de la modalité de souscription.

Cependant, elle rétablit l'obligation de résilier par lettre recommandée avec accusé de réception dans un certain nombre de situations exposées spécifiquement à des risques de contentieux, comme par exemple les contrats souscrits via un démarchage à domicile, les contrats d'assurance emprunteur, les contrats de groupe en coassurance et la résiliation à l'initiative de l'assureur.

La proposition de rédaction supprime également l'obligation prévue par l'Assemblée nationale de transmission de certaines informations non détaillées entre l'ancien et le nouvel organisme complémentaire.

Enfin, elle procède à diverses améliorations rédactionnelles et harmonise la terminologie avec celle résultant de l'ordonnance n° 2017-1433 relative à la dématérialisation des relations contractuelles dans le secteur financier, en prévoyant une notification « *par lettre ou tout autre support durable* ».

Je vous ferai donc exactement la même proposition pour les institutions de prévoyances et les mutuelles aux articles 2 et 3.

M. Yves Daudigny, sénateur. Il s'agit ici d'une explication de vote, le groupe socialiste et républicain s'étant opposé à ce texte lors de son examen au Sénat.

Je constate que pour ce texte, tout rentre dans l'ordre entre les groupes majoritaires de l'Assemblée nationale et du Sénat !

Toutefois, au vu de notre position constante lors de l'examen de ce texte, nous voterons ma collègue du groupe socialiste et républicain et moi-même contre les amendements de rétablissement.

Nous sommes en revanche favorables à la suppression des dispositions que nous examinerons plus tard, relatives aux remboursements différenciés opérés par les réseaux de soins, dispositions introduites lors de l'examen du texte au Sénat.

*La proposition de rédaction n° 1 des rapporteurs de l'Assemblée nationale et du Sénat est **adoptée** et, en conséquence, l'article 1^{er} est **adopté** dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

Article 2

M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur. Je reprends donc exactement la même explication que pour la proposition de rédaction précédente, non pas pour gagner du temps, mais parce que cette proposition de rédaction n° 2 relative aux institutions de prévoyance est identique sur le fond.

*La proposition de rédaction n° 2 des rapporteurs de l'Assemblée nationale et du Sénat est ensuite **adoptée** et, en conséquence, l'article 2 est **adopté** dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

Article 3

M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur. Je reprends de nouveau la même explication pour la proposition de rédaction n° 3 pour les mutuelles.

*La proposition de rédaction n° 3 est **adoptée** et, en conséquence, l'article 3 est **adopté** dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

Article 3 bis AA

M. Dominique Da Silva, député, rapporteur. L'Assemblée nationale souhaite, par cette proposition de rédaction n° 4, la suppression de cet article interdisant les taux de remboursement différenciés par les organismes complémentaires pour les réseaux de soins, car la fin de ce remboursement différencié nuirait à ces réseaux.

M. Alain Milon, sénateur, président. Ce principe, tel qu'il a été introduit à l'Assemblée nationale, est la conséquence de la loi « Le Roux », qui n'a pas été votée par la majorité sénatoriale. Nous restons extrêmement favorables à la fin de ces remboursements différenciés, mais cet article n'a pas de lien direct avec le texte de la proposition de loi. Je suis donc favorable à sa suppression pour ce motif.

*La proposition de rédaction n° 4 du rapporteur pour l'Assemblée nationale est **adoptée** et l'article 3 bis AA est en conséquence **supprimé**.*

Article 3 bis A

M. Dominique Da Silva, député, rapporteur. Cette proposition de rédaction n° 5 est une disposition non codifiée permettant de confier à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) la mission de s'assurer du déploiement des services numériques par les organismes complémentaires, avant l'entrée en vigueur du présent texte. La finalité est de sécuriser le tiers payant par les professionnels et établissements de santé.

M. Yves Daudigny, sénateur. Nous voterons contre cet article, ne comprenant pas vraiment comment cette mission peut être confiée à l'UNOCAM, alors qu'un travail a déjà été entrepris par l'ensemble des organismes complémentaires pour que l'engagement des assurés auprès d'une mutuelle soit communiqué le plus rapidement possible aux professionnels de santé.

M. Michel Amiel, sénateur, rapporteur. Ce n'est pas un *casus belli* : dans la mesure où l'on sécurise informatiquement le suivi de la mise en œuvre effective par les organismes, je voterai pour.

*La proposition de rédaction n° 5 du rapporteur pour l'Assemblée nationale est **adoptée** et, en conséquence, l'article 3 bis A est **adopté** dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

Article 3 bis

*L'article 3 bis est **adopté** dans la rédaction du Sénat.*

Article 3 ter

*La commission mixte paritaire a **maintenu la suppression** de l'article 3 ter.*

Article 4

*L'article 4 est **adopté** dans la rédaction du Sénat.*

*

* *

La commission mixte paritaire a ensuite adopté, ainsi rédigées, l'ensemble des dispositions restant en discussion de la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

*

* *

En conséquence, la commission mixte paritaire vous demande d'adopter la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

TABLEAU COMPARATIF

Texte de l'Assemblée nationale

PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DROIT DE RÉSILIATION SANS FRAIS DE CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Article 1^{er}

I. – Le titre I^{er} du livre I^{er} du code des assurances est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 112-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception » sont remplacés par les mots : « ou par message sur support durable » ;

b) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou du message » ;

2° L'article L. 113-12 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique » sont remplacés par le mot : « notification » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « lettre recommandée » sont remplacés par le mot : « notification » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « la notification » ;

3° Aux deuxième et troisième phrases du premier alinéa de l'article L. 113-12-2, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

Texte du Sénat

PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DROIT DE RÉSILIATION SANS FRAIS DE CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Article 1^{er}

I. – (*Non modifié*)

Texte de l'Assemblée nationale

4° L'article L. 113-14 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 113-14.* – Lorsque l'assuré ou son représentant a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée :

« 1° Soit par envoi d'une lettre ou d'un message sur support durable au sens de l'article L. 111-9 ;

« 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;

« 3° Soit par acte extrajudiciaire ;

« 4° Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

« 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

« Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification. » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 113-15-1 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur » sont remplacés par les mots : « notification par lettre ou message sur support durable » ;

b) Après la seconde occurrence du mot : « date », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « de notification. »

II. – L'article L. 113-15-2 du code des assurances est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « branches », sont insérés les mots : « ou des catégories de contrats » et les mots : « à l'expiration » sont remplacés par les mots : « après échéance » ;

b) (*Supprimé*)

c) À la fin de la seconde phrase, les mots : « , par lettre ou tout autre support durable » sont supprimés ;

Texte du Sénat

II. – (*Alinéa identique*)

1° (*Alinéa identique*)

a) (*Alinéa identique*)

b) (*Alinéa identique*)

c) (*Alinéa identique*)

Texte de l'Assemblée nationale

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit de résiliation prévu au même premier alinéa n'est pas ouvert à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit à l'employeur rend obligatoire l'adhésion au contrat. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance de personnes souscrits par un employeur ou une personne morale au profit de ses salariés ou adhérents et relevant des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le droit de résiliation prévu au même premier alinéa est ouvert au souscripteur. » ;

4° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où l'assuré souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure et, si la garantie ou le contrat souscrit est soumis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du transfert des informations nécessaires au respect des règles prévues au titre du même article L. 871-1. »

III. – Le livre I^{er} du code des assurances est ainsi modifié :

1° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 121-10, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 121-11, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

Texte du Sénat

2° *(Alinéa identique)*

(Alinéa identique)

3° *(Alinéa identique)*

(Alinéa identique)

4° *(Alinéa identique)*

« Dans le cas où l'assuré souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure. »

III. – *(Non modifié)*

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

3° L'article L. 145-8 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « Sans préjudice des articles L. 113-15-1 et L. 113-15-2, » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

4° Le deuxième alinéa de l'article L. 194-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 112-10 », sont insérées les références : « L. 113-14, L. 113-15 » ;

b) Après les mots : « Wallis et Futuna », sont insérés les mots : « dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé » ;

c) Les mots : « de l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « du sixième ».

Article 2

Article 2

Le chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

(Alinéa identique)

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 932-12 est supprimé ;

1° *(Alinéa identique)*

2° Après le même article L. 932-12, sont insérés des articles L. 932-12-1 et L. 932-12-2 ainsi rédigés :

2° *(Alinéa identique)*

« Art. L. 932-12-1. – Pour les contrats et règlements d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, l'adhérent peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet un mois après que l'institution de prévoyance ou l'union en a reçu notification par l'adhérent.

(Alinéa identique)

« Le droit de dénonciation ou de résiliation prévu au premier alinéa est mentionné dans chaque bulletin d'adhésion ou contrat. Il est en outre rappelé avec

(Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

chaque avis d'échéance de cotisation.

« Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au même premier alinéa, l'adhérent n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. L'institution de prévoyance ou l'union est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'adhérent produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

« Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues audit premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure et, si la garantie ou le contrat souscrit est soumis à l'article L. 871-1, du transfert des informations nécessaires au respect des règles prévues au titre du même article L. 871-1.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités et conditions d'application du présent article.

« Art. L. 932-12-2. – Lorsque l'adhérent ou son représentant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement ou de résilier le contrat, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée :

« 1° Soit par envoi d'une lettre ou d'un message sur support durable au sens de l'article L. 931-3-4 ;

« 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;

« 3° Soit par acte extrajudiciaire ;

« 4° Soit, lorsque l'institution de prévoyance propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un

(Alinéa identique)

« Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues audit premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure.

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

« 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

« Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification. » ;

2° bis L'article L. 932-15 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

b) À la fin de la première phrase du sixième alinéa, les mots : « recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou du message » ;

2° ter Le I de l'article L. 932-15-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

b) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou du message » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 932-19, après la référence : « L. 932-12 », sont insérées les références : « L. 932-12-1, L. 932-12-2 » ;

4° Au début du dernier alinéa du même article L. 932-19, les mots : « Ces mêmes articles, ainsi que les articles L. 913-1 et L. 932-10, » sont remplacés par les références : « Les articles L. 913-1, L. 932-3, L. 932-10, L. 932-12 et L. 932-13 » ;

4° bis Le deuxième alinéa de l'article L. 932-21-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

2° bis (Alinéa identique)

a) (Alinéa identique)

b) (Alinéa identique)

2° ter (Alinéa identique)

a) (Alinéa identique)

b) (Alinéa identique)

3° (Alinéa identique)

4° Le début du dernier alinéa du même article L. 932-19 est ainsi rédigé : « Les articles L. 913-1, L. 932-3, L. 932-10, L. 932-12 et L. 932-13 sont... *(le reste sans changement)*. » ;

4° bis (Alinéa identique)

a) (Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

b) Après la seconde occurrence du mot : « date », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « de notification. » ;

b) *(Alinéa identique)*

5° Après l'article L. 932-21-1, sont insérés des articles L. 932-21-2 et L. 932-21-3 ainsi rédigés :

5° *(Alinéa identique)*

« Art. L. 932-21-2. – Pour les contrats et règlements d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, l'adhérent peut dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat et le participant peut dénoncer l'affiliation, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion, la résiliation du contrat ou la dénonciation de l'affiliation prend effet un mois après que l'institution de prévoyance ou l'union en a reçu notification par le participant ou l'adhérent.

(Alinéa identique)

« Le droit de dénonciation ou de résiliation prévu au premier alinéa est mentionné dans la notice d'information ou le contrat. Il est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

(Alinéa identique)

« Lorsque l'adhésion au règlement ou l'affiliation est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au même premier alinéa, le participant ou l'adhérent n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. L'institution de prévoyance ou l'union est tenue de rembourser le solde à l'adhérent ou au participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au participant ou à l'adhérent produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

(Alinéa identique)

« Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou une affiliation ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de

(Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues audit premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure et, si la garantie ou le contrat souscrit est soumis à l'article L. 871-1, du transfert des informations nécessaires au respect des règles prévues au titre du même article L. 871-1.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités et conditions d'application du présent article.

« Art. L. 932-21-3. – Lorsque l'adhérent ou son représentant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement ou de résilier le contrat ou lorsque le participant a le droit de dénoncer l'affiliation, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée :

« 1° Soit par envoi d'une lettre ou d'un message sur support durable au sens de l'article L. 931-3-4 ;

« 2° Soit par déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;

« 3° Soit par acte extrajudiciaire ;

« 4° Soit, lorsque l'institution de prévoyance propose la conclusion de contrat ou l'affiliation ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

« 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

« Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification. »

Article 3

Article 3

I. – Le titre II du livre II du code de la mutualité est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 221-9, après le mot : « collectif », sont insérés les mots : « , la notice prévue à l'article L. 221-6 ou le règlement » ;

(Alinéa identique)

I. – *(Alinéa identique)*

1° *(Alinéa identique)*

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

2° L'article L. 221-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « recommandée ou un envoi recommandé électronique » sont remplacés par les mots : « ou un message sur support durable » ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les opérations collectives, le droit de résiliation prévu au premier alinéa du présent article est mentionné dans le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale. Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le droit de résiliation du membre participant prévu au même premier alinéa est mentionné dans la notice remise en application de l'article L. 221-6. » ;

2° bis Le deuxième alinéa de l'article L. 221-10-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « recommandée ou envoi recommandé électronique, » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

b) Après la seconde occurrence du mot : « date », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « de notification. » ;

3° Après le même article L. 221-10-1, sont insérés des articles L. 221-10-2 et L. 221-10-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 221-10-2. – Pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

« Le droit de dénonciation prévu au premier alinéa n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire

2° *(Alinéa identique)*

a) *(Alinéa identique)*

b) *(Alinéa identique)*

(Alinéa identique)

2° bis *(Alinéa identique)*

a) *(Alinéa identique)*

b) *(Alinéa identique)*

3° *(Alinéa identique)*

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

mentionnées au 2° du III de l'article L. 221-2.

« Le droit de dénonciation ou de résiliation prévu au premier alinéa du présent article est mentionné dans le règlement, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif. Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le droit de résiliation du membre participant prévu au même premier alinéa est mentionné dans la notice remise en application de l'article L. 221-6. Le droit de dénonciation ou de résiliation est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

« Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. La mutuelle ou l'union est tenue de rembourser le solde au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

« Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure et, si la garantie ou le contrat souscrit est soumis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du transfert des informations nécessaires au respect des règles prévues au titre du même article L. 871-1.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités et conditions d'application du présent article.

Texte du Sénat

(Alinéa identique)

(Alinéa identique)

« Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat ou une nouvelle garantie auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de la permanence de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

(Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

« Art. L. 221-10-3. – Lorsque le membre participant ou son représentant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement ou lorsque l'employeur ou la personne morale souscriptrice a le droit de résilier le contrat collectif ou de dénoncer l'adhésion, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée :

(Alinéa identique)

« 1° Soit par envoi d'une lettre ou d'un message sur support durable au sens de l'article L. 221-6-4 ;

(Alinéa identique)

« 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;

(Alinéa identique)

« 3° Soit par acte extrajudiciaire ;

(Alinéa identique)

« 4° Soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

(Alinéa identique)

« 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

(Alinéa identique)

« Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification. » ;

(Alinéa identique)

4° Le I de l'article L. 221-18-1 est ainsi modifié :

(Alinéa identique)

a) Au premier alinéa, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

(Alinéa identique)

b) À la fin de la première phrase du troisième alinéa, les mots : « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa » sont remplacés par le mot : « notification » ;

b) (Alinéa identique)

5° L'article L. 223-8 est ainsi modifié :

5° (Alinéa identique)

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception » sont remplacés par les mots : « ou message sur support durable » ;

a) (Alinéa identique)

b) À la fin de la première phrase du sixième alinéa, les mots : « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont remplacés par le mot :

b) (Alinéa identique)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

« notification ».

II. – La section 5 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de la consommation est ainsi modifiée :

1° À la deuxième phrase de l'article L. 313-30, la première occurrence du mot : « deuxième » est remplacée par le mot : « troisième » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 313-31 et à l'article L. 313-32, la seconde occurrence du mot : « deuxième » est remplacée par le mot : « troisième ».

Article 3 bis AA

Article 3 bis AA

I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent I ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à tout professionnel de santé ayant conclu une convention avec ces organismes. »

II. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 3 bis A

Article 3 bis A

I. – L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire s'assure de la mise en œuvre effective par les organismes d'assurance maladie complémentaire des services numériques permettant à leurs adhérents, assurés et participants d'avoir connaissance de leurs droits et garanties en temps réel et de mettre à la disposition des professionnels, des établissements et des centres de santé les informations relatives à ces droits et garanties, notamment aux fins de gestion et de mise en œuvre du mécanisme du tiers payant sur les produits et prestations qu'ils délivrent. »

Supprimé

Texte de l'Assemblée nationale

II. – Les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent à la disposition de leurs adhérents, assurés et participants et des professionnels, des établissements et des centres de santé les services numériques prévus au dernier alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, au plus tard à la date prévue au premier alinéa de l'article 4 de la présente loi.

Article 3 bis

Après le mot : « communique », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés à ces garanties, le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties ainsi que le rapport entre les deux premiers montants et le dernier montant, déterminés l'année précédente pour la catégorie de contrats ou de garanties concernée, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

Article 3 ter

Au plus tard le 1^{er} octobre 2020, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution remet au Parlement et au Gouvernement un rapport sur l'application par les mutuelles, les entreprises d'assurance, les institutions de prévoyance, ainsi que leurs courtiers et intermédiaires, des engagements pris par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et ses membres en matière de lisibilité des contrats et garanties destinés au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Texte du Sénat

Article 3 bis

Après le mot : « communique », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

Article 3 ter

Supprimé

Texte de l'Assemblée nationale

Article 4

Les articles 1^{er} à 3 entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020.

Le droit de résiliation ou de dénonciation prévu à l'article L. 113-15-2 du code des assurances, aux articles L. 932-12-1 et L. 932-21-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité, dans leur rédaction résultant de la présente loi, est applicable aux adhésions, garanties et contrats existants à cette date.

Texte du Sénat

Article 4

(Alinéa identique)

Le droit de résiliation ou de dénonciation prévu à l'article L. 113-15-2 du code des assurances, aux articles L. 932-12-1 et L. 932-21-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité, dans leur rédaction résultant de la présente loi, est applicable aux adhésions et contrats existants à cette date.