

MALADIE

Qu'il s'agisse de contrats individuels ou collectifs, par exemple dans le cadre d'une entreprise, la plupart des ménages français disposent d'une assurance complémentaire.

De nombreux organismes proposent une assurance complémentaire santé :

- les sociétés et les mutuelles d'assurances, régies par le Code des assurances. Elles couvrent 24 % des personnes ayant une complémentaire maladie ;
- les institutions de prévoyance, relevant du Code de la Sécurité sociale, qui couvrent 17 % des bénéficiaires d'une assurance complémentaire santé ;
- les mutuelles, qui relèvent du Code de la mutualité. Environ 59 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire adhèrent à l'une de ces mutuelles, notamment les salariés du secteur public.

94 % des salariés interrogés déclarent disposer d'une complémentaire santé que ce soit par le biais de l'entreprise ou en ayant souscrit un contrat individuel. Ce taux est assez stable depuis 2001.

A l'exception des jeunes, ce taux ne varie ni en fonction du profil sociodémographique ni de l'entreprise. En particulier, la taille de l'entreprise et le type de contrat de travail n'ont pas d'impact significatif sur ce taux de couverture. Concernant les jeunes : 15 % des moins de 25 ans disent ne pas en bénéficier. Après 25 ans, le taux revient égal à 94 %.

60 % des salariés ayant une complémentaire santé sont couverts par un contrat d'entreprise et 34 % par un contrat individuel. 11 % des salariés sont couverts par la complémentaire santé de leur conjoint. Depuis 1999, la part du collectif oscille entre 56 % et 68 % selon les années, sans réelle évolution à long terme. 2009 se situe dans la moyenne.

On notera que parmi les personnes couvertes par un contrat individuel, 10 % déclarent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ou chèque santé.

Le type de complémentaires varie selon le profil sociodémographique et professionnel de la personne. On retrouve notamment les différences des années précédentes. Les cadres supérieurs (73 %) déclarent plus souvent être couverts par un contrat d'entreprise que les employés (48 %) et les ouvriers (58 %). Seuls 29 % des personnes en CDD et 24 % en contrat aidé déclarent être couvertes par un contrat d'entreprise. Les salariés de petites structures déclarent également moins être couverts par un contrat collectif (31 % pour les entreprises de moins de 10 personnes), alors que les trois-quarts des salariés de 100 salariés et plus le sont. Cet écart est stable dans le temps.

Contrairement aux années précédentes, l'âge n'a pas d'impact significatif sur le type de complémentaire santé. On remarque en revanche un nouvel effet lié au secteur de l'entreprise : les deux tiers des salariés de l'industrie sont couverts par un contrat collectif contre la moitié des salariés du secteur des services.

Parmi ceux qui ont une complémentaire santé d'entreprise, 82 % déclarent que cette souscription est obligatoire. Cette proportion continue d'augmenter, conséquence des dispositions concernant les exonérations sociales et fiscales des cotisations.

Source : CREDOC/CTIP - 2009

RISQUE COUVERT

Cette garantie a pour objet de garantir le remboursement de tout ou partie des frais engagés par les assurés, en complément du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

Les régimes obligatoires ne remboursent, généralement, que 30 % à 70 % des soins et des honoraires médicaux, les assurances complémentaires santé ont, donc, pour rôle de proposer un remboursement supplémentaire.

Les remboursements de la Sécurité sociale sont, en effet, effectués sur la base d'un tarif de responsabilité auquel est appliqué un taux de remboursement qui laisse à la charge de l'assuré une fraction des dépenses qualifiée de ticket modérateur.

Le tarif de responsabilité est fixé, soit par convention entre la Sécurité sociale et les professions de santé, soit par arrêté ministériel.

PLUSIEURS FORMULES SONT OFFERTES

Les sociétés d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance, proposent des contrats d'assurance qui interviennent en complément des organismes sociaux. Ils prennent en charge, notamment, le remboursement du ticket modérateur et éventuellement, selon les contrats, les dépassements de tarifs au delà du montant retenu par la Sécurité sociale.

Différents niveaux de couverture sont proposés

- une couverture de base qui prend en charge le " ticket modérateur " (la part que ne rembourse pas la Sécurité Sociale) pour les médecins et soins ne dépassant pas le tarif de convention de la Sécurité sociale ;
- une couverture plus étendue qui va au-delà des dépenses courantes. Elle offre, également, de meilleures prestations en cas d'hospitalisation ;
- une formule plus complète qui couvre les dépassements d'honoraires et offre une meilleure prise en charge des cures et des appareils acoustiques, des prothèses dentaires, des lunettes et des lentilles de contact... ;
- une couverture adaptée à la définition des contrats responsables (fiches B80 et suivantes).

Presque tous les assureurs et les mutuelles offrent, aujourd'hui, à l'assuré la possibilité de tiers payant.

Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise menée fin 2003, parmi les salariés travaillant dans un établissement qui propose un contrat collectif de complémentaire maladie, les contrats obligatoires fournissent de plus hauts niveaux de garanties que les contrats facultatifs.

Les différences de niveaux de garanties entre contrats collectifs obligatoires et facultatifs peuvent s'expliquer par le fait que les assureurs peuvent proposer des niveaux de garanties relativement élevés dans les contrats obligatoires qui ne sont pas soumis à l'anti-sélection sans risquer de voir certains salariés refuser de souscrire le contrat. De plus, le coût du contrat étant réparti sur l'ensemble des salariés et pas seulement sur les plus coûteux à cotisation donnée, l'assureur peut proposer des garanties plus élevées.

Si toutes les formes de contrats coexistent sur le marché de la complémentaire maladie collective, le contrat obligatoire est largement majoritaire : 44 % des salariés auxquels s'ajoute une forte proportion des 24 % qui travaillent dans un établissement proposant un contrat différencié selon les catégories de salariés. Le contrat obligatoire est très souvent proposé sous la forme d'un contrat unique, mais quelle que soit sa forme, il n'est pas soumis au risque d'anti-sélection puisque tous les salariés concernés sont obligés d'y souscrire.

Les contrats facultatifs soumis au risque d'anti-sélection, sont dans près de la moitié des cas proposés avec options, avec des niveaux de garanties susceptibles d'attirer tous les niveaux de risque. Au total, 14 % des salariés sont concernés par des contrats facultatifs à options et 15 % par des contrats facultatifs uniques qui ne semblent pas prendre en compte le risque d'anti-sélection tout au moins au niveau des garanties proposées. Dans ce dernier cas, les organismes peuvent utiliser d'autres moyens, par exemple en imposant des sur-cotisations pour adhésion tardive ou en rendant la couverture inaccessible pour les personnes ayant renoncé une première fois au contrat.

Par ailleurs, d'après l'enquête CREDOC-CTIP 2005, on constate, pour les niveaux de garanties, des disparités selon les catégories de personnel, similaires à celles déjà observées pour l'accès aux complémentaires maladie d'entreprise : les cadres bénéficient de meilleurs niveaux de garanties que les non-cadres.

Parmi les salariés travaillant dans un établissement proposant au moins un contrat de couverture complémentaire maladie : 29 % des cadres ont accès à un contrat dit « fort » en optique et 15 % un contrat « fort » en dentaire contre respectivement 18 % et 12 % pour les non-cadres. A l'inverse, 32 % des cadres ont accès à des contrats dits « faibles » contre 46 % des non cadres.

Ces inégalités de niveaux de garanties sont encore plus importantes parmi les établissements qui proposent des contrats différenciés selon que les individus sont cadres ou non. Dans ces établissements, 48 % des cadres ont accès à des contrats « forts » en optique ou « forts » en dentaire contre 18 % des non-cadres. Inversement, seulement 11 % des cadres ont accès à des contrats dits « faibles » contre 40 % des non-cadres.

Dans une trentaine d'établissements de l'échantillon, seuls les cadres peuvent accéder à des contrats de couverture complémentaire maladie. Pour 75 % d'entre eux, il s'agit alors de contrats « forts » en optique ou en dentaire. Au total, lorsque les garanties des couvertures maladie d'entreprise varient selon les catégories de personnel, les cadres se voient proposer des garanties plus élevées. Cette situation concerne cependant moins de 10 % des salariés ayant accès à une complémentaire d'entreprise.

Il existe également des disparités en termes d'accès et de niveaux de garanties selon le type de contrat de travail. 75 % des salariés en CDI travaillent dans un établissement qui propose un contrat contre 60 % des salariés en CDD. De plus, 9 % travaillent dans un établissement qui exclut les CDD de la couverture maladie d'entreprise. Ne sont pas comptabilisés ici certains établissements qui introduisent une clause d'ancienneté pour l'accès au contrat.

Généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés et portabilité des droits

En application de la loi sécurisation de l'emploi, définitivement adopté le 14 mai, la couverture complémentaire des frais de santé devrait être généralisée à l'ensemble des salariés à compter du 1^{er} janvier 2016. Quant à la portabilité des garanties santé et prévoyance, elle devrait être généralisée au 1^{er} juin 2014 pour la couverture santé et au 1^{er} juin 2015 pour la prévoyance. Le recours aux clauses de désignation, qui a fait l'objet de vifs débats au cours de l'examen du projet de loi de sécurisation de l'emploi, dans le cadre de la généralisation de la couverture santé, figure finalement dans l'article 1^{er} de la loi adoptée définitivement le 14 mai, tout comme la généralisation de la portabilité Généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise.

La mise en place d'une couverture collective obligatoire santé pour l'ensemble des salariés, avec un niveau minimal de garanties, est prévue au **1^{er} janvier 2016**. Dans un premier temps, avant le 1^{er} juin prochain, les branches professionnelles devront **ouvrir des négociations**. En cas d'échec de ces négociations, les entreprises non couvertes par un accord au 1^{er} juillet 2014 ouvriront à leur tour des négociations.

Enfin dans le cas où les négociations de branche ou d'entreprise n'auront pas abouti, l'employeur devra faire bénéficier unilatéralement ses salariés d'une **couverture minimale santé** au 1^{er} janvier 2016.

Le Medef aurait officiellement demandé, lors d'une rencontre avec la direction de la Sécurité sociale, un report des échéances de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés. Il s'agirait d'accorder un délai de six mois supplémentaires pour les négociations des branches professionnelles, qui doivent normalement se conclure avant la fin juin, et de décaler d'autant la période de négociation dans les entreprises, initialement prévue du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2015.

Le patronat n'est visiblement pas le seul à porter cette revendication. Tout le monde juge le calendrier totalement irréaliste au regard du retard pris dans la publication des textes. Les branches professionnelles attendent toujours les décrets qui doivent préciser les exigences de solidarité dans les régimes et la procédure de mise en concurrence des organismes assureurs en cas de recommandation, ainsi que le texte sur le panier de soins minimal prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. Difficile dans ce cadre de parvenir à un accord avant la fin du premier semestre, à moins de faire le choix, comme les industries chimiques, de s'en tenir à un niveau minimal de cotisations.

Le texte de loi fixe le contenu de la couverture minimale « santé », un **décret** devant fixer notamment le niveau de cette prise en charge qui pourra être totale ou partielle. En tout état de cause, sera pris en charge en tout ou partie :

- le ticket modérateur ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, pour les prothèses dentaires et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel (comme l'optique).

Pour les entreprises bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire santé, chacune des catégories de garanties ainsi que la part prise en charge par l'employeur (au minimum 50 % du coût) devront être « **au moins aussi favorable** que la couverture minimale ». À noter que pour les salariés à employeurs multiples ou à temps très partiel, des modalités spécifiques de financement de la couverture complémentaire santé seront fixées par décret.

Des **dispenses** d'affiliation seront prévues par décret et pourront également être fixées par les négociateurs, mais seuls les salariés pourront s'en prévaloir (et non l'employeur). Les négociateurs pourront également prévoir des cas de dispenses d'affiliation pour les ayants droit.

Par ailleurs, il est prévu que les contrats conclus par les entreprises pour assurer la couverture complémentaire obligatoire et collective des salariés devront respecter les **critères** exigés des « **contrats solidaires et responsables** ».

Une refonte du cahier des charges des contrats de complémentaires santé responsables est prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale 2014, mais le niveau des garanties n'est pas encore fixé à ce jour.

Enfin, la spécificité du régime local d'assurance-maladie **d'Alsace-Moselle** est prise en compte puisqu'un décret précisera les adaptations dont fera l'objet la couverture ses salariés.

Clauses de désignation

Le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel a déclaré les clauses de désignation, issues de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale complété par la loi de sécurisation de l'emploi, contraires à la Constitution.

Les signataires de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralisant les couvertures santé, avaient décidé de laisser aux entreprises le soin de choisir leur assureur. En autorisant les accords professionnels à désigner l'organisme assureur de ces couvertures santé, le législateur a pris le risque d'ouvrir le débat sur la conformité à la Constitution de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale. La décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 déclare cet article contraire à la Constitution, dans sa rédaction historique de 1994 et dans son complément résultant de la loi de sécurisation de l'emploi, en tant que l'atteinte à la liberté est disproportionnée, ce que soutenaient nombre d'observateurs depuis 1994.

La portabilité des droits : un dispositif élargi et mutualisé Le texte définitivement adopté prévoit en outre que le dispositif de portabilité des garanties santé et prévoyance concerne désormais « l'ensemble des salariés garantis collectivement contre le **risque décès**, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ».

Il est applicable « **à compter de la date de cessation du contrat de travail** et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite du dernier contrat de travail ». Cette durée, appréciée en mois, ne pouvait excéder neuf mois dans le cadre de l'ANI de 2008. Elle sera désormais portée à 12 mois maximum.

La généralisation de la portabilité doit intervenir :

- à compter du 1^{er} juin 2014 pour le risque maladie ;
- à compter du 1^{er} juin 2015 pour le risque prévoyance.

De plus, afin de pouvoir bénéficier de la portabilité des droits avec « les mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise », l'ancien salarié ou l'ayant droit devra respecter certaines conditions (inchangées par rapport à celles prévues par l'ANI de 2008) :

- avoir ouvert des droits à une couverture complémentaire chez son dernier employeur ;
- justifier d'une **rupture** de son contrat de travail ouvrant droit à l'assurance **chômage** ;
- justifier d'une rupture pour un autre motif que la faute lourde ;
- justifier que son **dernier contrat** de travail dans l'entreprise a duré **au moins un mois**.

Le législateur a toutefois introduit une condition supplémentaire : l'ancien salarié ne devra **pas** percevoir des **indemnités** « **d'un montant supérieur** à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ». Pour sa part, l'employeur devra faire figurer dans le **certificat de travail** la mention selon laquelle les garanties sont maintenues et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

S'agissant du financement, le texte prévoit que le bénéfice du maintien des garanties s'effectue uniquement « à titre gratuit » dans le cadre de la mutualisation. Désormais, il ne sera plus question de faire peser la charge du risque sur les bénéficiaires de la portabilité, par le biais d'un cofinancement ex-salarié et ex-employeur, mais sur les seuls cotisants (employeurs et salariés actifs).

Extension du dispositif de maintien des garanties prévu par la loi Évin

L'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, qui prévoit que les entreprises insèrent dans leurs contrats de garanties collectives obligatoires une disposition prévoyant le maintien des garanties santé, à titre individuel et à tarif encadré pour les anciens salariés, a également subi des modifications importantes.

Alors que ce dispositif est supposé être « complémentaire » du mécanisme de portabilité, l'allongement de la durée du maintien des garanties prévues par ce dernier (de 9 à 12 mois) risquait d'entraîner un phénomène de « renoncement anticipé » ou « perte de bénéfice » d'un des deux dispositifs: en effet, l'article 4 de la loi Évin prévoit que l'ancien salarié ne dispose que de six mois à compter de la rupture du contrat de travail pour effectuer la demande de maintien des garanties santé à titre individuel. Pour faire face à cette situation, l'ancien salarié pourra utiliser **l'article 4 nouveau** « dans les six mois à compter de la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire du mécanisme de portabilité » (fixée désormais à **12 mois** maximum).

Pour accompagner cette mesure, l'organisme qui délivre la garantie santé devra, à compter du 1^{er} janvier 2014, « adresser une **proposition de maintien de la couverture** aux anciens salariés », au plus tard deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties. La même information sera adressée, **le cas échéant, aux ayants droit** dans le délai de deux mois à compter du décès de la victime.

www.wk-rh.fr/actualites/upload/loi-securisation-emploi.pdf

NÉGOCIATIONS SUR LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE PRÉVOYANCE

Avant le 1^{er} janvier 2016, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels devront engager des négociations en vue de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de prévoyance au niveau de la branche ou de leur entreprise **d'accéder à une telle couverture relevant de ce régime de nature complémentaire et obligatoire**.

Liaisons sociales quotidien - 2013

LE TIERS PAYANT

Des conventions signées entre les assureurs et certains professionnels de santé (pharmaciens, laboratoires pharmaceutiques, radiologues...) permettent de dispenser les assurés de l'avance des frais de soins laissés à leur charge par le régime obligatoire lorsqu'ils ont souscrit une assurance complémentaire auprès d'une société d'assurances.

Dans la pratique, il suffit à l'assuré de présenter au professionnel de santé une attestation de tiers payant délivrée par la société d'assurances. Le professionnel de santé récupère, ensuite, les fonds auprès du contrat d'assurance santé.

L'ASSISTANCE

Elle est de plus en plus développée dans les contrats proposés et se présente sous diverses formes :

- assistance téléphonique, plate-forme de conseils santé, service d'information ;
- aide ménagère, garde-malade ;
- garde d'enfants, soutien scolaire ;
- garde d'animaux ;
- rapatriement.

BÉNÉFICIAIRES

La garantie couvre l'assuré et peut également couvrir sa famille, souvent définie comme étant composée :

- du conjoint (qu'il exerce ou non une activité professionnelle) ;

ou

- du partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) ;

Loi n° 99-944 du 16 novembre 1999

- du concubin (personne vivant maritalement avec l'assuré) ;

Il est à noter que certains assureurs ne prennent en considération que le concubin reconnu au titre de l'assurance maladie du régime général, c'est-à-dire la personne vivant maritalement avec l'assuré et à sa charge totale, effective et permanente.

- des enfants.

Le contrat peut retenir la notion d'enfant à charge au sens fiscal du terme (jusqu'à 28 ans), ou au sens de la Sécurité sociale (jusqu'à 16 ou 20 ans, en cas de poursuite d'études supérieures).

Toutefois, le contrat d'assurance couvrant le risque maladie peut retenir toute autre définition qui lui est propre. Il faudra que les salariés assurés soient clairement informés de cette définition.

Le contrat peut également couvrir un des ascendants de l'assuré à condition qu'il soit reconnu comme ayant droit par la Sécurité sociale.

Par ailleurs, l'article 4 de la loi Évin prévoit que le bénéfice de la complémentaire maladie issue d'un contrat collectif à adhésion obligatoire peut être maintenu à titre individuel aux anciens salariés de l'entreprise :

- en incapacité de travail ;
- en situation de chômage indemnisé ;
- aux retraités, sans limitation de durée, sous réserve que ces personnes en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ;
- ainsi que les ayants droit du salarié décédé, pour une durée minimale de 12 mois à compter de la date du décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

☞ Les dispositions de l'article 4 de la loi Évin ne concernent que la garantie « Maladie ».

Dans ces cas, la tarification proposée par l'organisme assureur ne peut excéder de plus de 50 % celle consentie aux salariés actifs de l'entreprise. L'entreprise, pour sa part, peut cotiser pour ces bénéficiaires, si elle le souhaite. Cette cotisation, facultative, devra alors être prévue dans le régime de l'entreprise.

Dans certains cas, le contrat d'assurance peut prévoir que les salariés en incapacité permanente totale (par exemple à la suite d'un accident du travail), continueront à être couverts pour la garantie frais médicaux, tout en étant exonérés de cotisations (pendant une période déterminée ou indéterminée).

☞ Dans le cas de la mise en place de systèmes dits de préretraite "conventionnelle" dans l'entreprise, il peut être prévu que les salariés concernés démissionnent en échange d'une garantie de ressources octroyée par l'entreprise. Ces anciens salariés, n'entrant pas dans le cadre des bénéficiaires spécifiques prévus par la loi Evin, ne sont alors pas systématiquement couverts par le régime de prévoyance. Il faudra donc les intégrer spécifiquement, si on souhaite qu'ils soient couverts.

PÉRIODE DE GARANTIE

Le contrat d'assurance est un contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Les garanties sont viagères, dès la souscription du contrat et jusqu'au décès de l'assuré (sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration). Elles sont en principe acquises dès la souscription du contrat. Cependant un délai d'attente ou de carence peut être prévu.

LES DÉLAIS D'ATTENTE OU DE CARENCE

Il s'agit d'une période, décomptée à partir de la souscription et variable selon les contrats, pendant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charge par la société d'assurances.

Dans un même contrat, ces délais peuvent être différents en fonction de la nature de la maladie ou des actes médicaux. En cas d'accident, le plus souvent, les prestations sont dues dès la souscription.

En cas de changement d'assureur pour un contrat semblable, l'assurance joue généralement dès la souscription, sans application du délai d'attente.

Signature d'un contrat à adhésion obligatoire, pour un groupe important, faisant suite à un contrat antérieur couvrant des garanties de même nature

La loi Evin prévoit que l'organisme assureur doit, dans ce cas, prendre en charge tous les assurés, quel que soit leur état médical et quelles que soient les pathologies antérieurement développées.

L'usage veut, dans ce cas, que l'organisme assureur accorde sa garantie immédiatement (c'est-à-dire dès la date d'effet du contrat). Les pathologies antérieures seront évaluées et prises en compte dans la tarification déterminée.

SIGNATURE D'UN NOUVEAU CONTRAT POUR UN EFFECTIF PEU NOMBREUX

Le nombre de salariés assurés étant peu important et l'assureur ne disposant d'aucune statistique sur leur état de santé peut, soit déterminer une tarification plus élevée, soit prévoir un délai de carence à partir de la date d'effet du contrat, délai de carence durant lequel les salariés assurés ne seront pas couverts pour certains risques.

Exemple

Six mois pour l'hospitalisation ou le remboursement des prothèses dentaires.

En cas de résiliation du contrat collectif, les salariés peuvent obtenir le maintien de la garantie frais médicaux dans le cadre de contrats individuels.

PRESTATIONS

La garantie prévoit le plus souvent un remboursement des dépenses engagées par l'assuré, intervenant en complément du remboursement effectué par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés et en tenant compte de tous les autres remboursements ayant le même objet (effectués via d'autres contrats d'assurance qui pourraient être des contrats souscrits à titre individuel par le salarié).

Article 9 de la loi Évin

Cependant, pour faire bénéficier les entreprises de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, les contrats d'assurance doivent respecter certaines règles (contrats responsables). Le respect des interdictions et obligations de prise en charge s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé. Toutefois, le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale peut être apprécié au regard de l'ensemble des contrats souscrits par l'employeur selon les modalités précisées par la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006.

PRESTATIONS

Les dépenses de soins et de biens médicaux sont partiellement prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Pour compléter ces prestations, les sociétés d'assurances proposent des garanties frais de soins.

Celles-ci permettent la prise en charge, de façon plus ou moins étendue, de la part des dépenses non remboursée par le régime obligatoire :

- garantie du remboursement du ticket modérateur, c'est-à-dire la part de frais laissée à la charge de l'assuré sur la base du tarif de convention du régime obligatoire ;
- garantie de tout ou partie des dépassements d'honoraires (150 %, 200 %, voire au-delà, du tarif de convention du régime obligatoire), mais sans excéder le montant des frais réels, justifiés par l'assuré.

La nature des frais de soins garantis varie selon les contrats.

Par exemple :

- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, actes et frais de chirurgie ;
- le forfait journalier hospitalier et, parfois, le supplément en chambre particulière ;
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et de laboratoire ;
- les actes de pratique médicale courante et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les actes d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique ;

- les frais d'optique : montures, verres et lentilles ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais d'orthopédie et de prothèses.

Certains assureurs proposent des formules qui englobent des prestations supplémentaires. Telles que :

- une prime de maternité ou un forfait naissance ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime obligatoire ;
- un forfait pour les cures thermales ;
- un forfait obsèques.

NIVEAU DE REMBOURSEMENT

Le ticket modérateur appliqué par la Sécurité sociale a pour objet de laisser à la charge de l'assuré une partie des frais qu'il a engagés. L'objet du contrat de remboursement de frais médicaux est de rembourser tout ou partie du ticket modérateur. Le montant de l'indemnisation prévue par l'organisme assureur peut :

- prendre en charge le ticket modérateur ;
- être exprimé en pourcentage du tarif de responsabilité ;
- être exprimé en pourcentage des frais engagés.

Exemple

Couverture des frais réels, déduction faite du remboursement effectué par la Sécurité Sociale, et avec, éventuellement, un plafond en francs pour certains postes de dépenses.

- être exprimé en pourcentage du remboursement effectué par la Sécurité sociale ;
- être exprimé en forfait.

Exemple

Consultation d'un généraliste par un assuré.

<i>Tarif de convention</i>	<i>22 €</i>
<i>Coût de la consultation</i>	<i>34 €</i>
<i>Remboursement Sécurité sociale forfaitaire de 1 €)</i>	<i>14,40 € (70 % du tarif de convention moins participation forfaitaire de 1 €)</i>
<i>Ticket modérateur</i>	<i>6,60 €</i>
<i>Dépassement d'honoraires</i>	<i>12 €</i>

- *application de la formule ticket modérateur :*

L'organisme complémentaire verse à l'assuré 6,90 €, laissant à sa charge le dépassement d'honoraires soit 11 € + la participation forfaitaire de 1 €, au total 12 €.

- *application d'une formule remboursant à l'assuré 50 % du tarif de responsabilité :*

l'organisme assureur rembourse 50 % du tarif (ici de convention), soit 11,50 €, laissant à la charge de l'assuré : dépense réelle - remboursement Sécurité sociale - remboursement complémentaire = 34 € - 15,10 € - 11,50 € = 7,40 €. (- 1€)

- *application d'une formule additive à 85 % du remboursement Sécurité sociale, soit : 13,09.*

L'assuré conserverait alors à sa charge : 34 € - 14,40 € - 13,09 € = 6,51 €.

- *application d'une formule de remboursement des frais réels :*

l'organisme complémentaire rembourserait à la fois le ticket modérateur et le dépassement d'honoraires, de façon à ce que l'assuré ne conserve aucune dépense. Cependant dans le cadre des contrats responsables, l'assuré aurait à sa charge la participation forfaitaire de 1 €.

Dans le cadre du «tiers payant», l'assuré ne paie pas notamment les médicaments dans la mesure où la garantie dont il bénéficie prévoit un remboursement égal à 100 % du ticket modérateur.

De la même façon, les organismes assureurs peuvent passer des conventions avec certains établissements hospitaliers, en assurant une prise en charge directe des frais normalement engagés par l'assuré.

De plus en plus souvent, les organismes de prévoyance complémentaire passent des accords avec la Sécurité Sociale en matière de remboursement de frais médicaux, pour échanger directement les données informatisées, via le système d'échange de données NOEMIE. Le descriptif des frais engagés par l'assuré et du remboursement effectué est directement transmis par la Sécurité sociale à l'organisme assureur qui peut ainsi effectuer le remboursement plus rapidement et surtout sans craindre de trop rembourser l'assuré par rapport aux dépenses engagées.

Cet échange de données permet d'accélérer la procédure de remboursement mais également d'en réduire le coût.

Les types de frais médicaux couverts peuvent être très variables et doivent être définis par le contrat. Les contractants gardent donc toute liberté en la matière.

☞ ***Depuis le 1^{er} janvier 2008, la franchise médicale est entrée en vigueur et s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.***

La franchise médicale est une somme déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux (actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes et les pédicures-podologues), les transports sanitaires (ambulances ou véhicules sanitaires légers) et les taxis.

Cette franchise médicale concerne les personnes de plus de 18 ans. En sont exonérés : les enfants et jeunes de moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année considérée, les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Les programmes collectifs de prévention sont également exonérés : vaccination antigrippale pour les plus de 65 ans et le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans.

Le montant de la franchise est de 50 centimes d'euro par boîte de médicaments, 50 centimes d'euro par acte effectué par un auxiliaire médical et 2 € par transport. Une franchise, limitée à 2 € par jour pour les actes paramédicaux, réalisés par le même professionnel et pour le même patient, et à 4 € par jour pour les transports sanitaires est instaurée. Un plafond de 50 € par an et par personne est fixé en 2008 pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. La franchise est prélevée en sus de la retenue forfaitaire de 1 € sur les consultations et actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses de laboratoire. Les contrats responsables sont tenus de ne pas prendre en charge le montant de cette franchise. Les franchises médicales viennent s'ajouter au forfait de 1 €, lui aussi plafonné à 50 € par an. Au total, les malades pourront ainsi payer jusqu'à 100 € par an pour être soignés.

☞ Depuis le 31 janvier 2009, les assurés qui ne respectent pas le parcours de soins coordonnés voient le montant de leurs remboursements diminuer de 40 %.

NIVEAU DE REMBOURSEMENT DES CONTRATS « RESPONSABLES »

Les contrats « responsables » doivent remplir les conditions suivantes :

- non prise en charge de participation forfaitaire à la charge des assurés (1 €) ;
- non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- non prise en charge des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant (dans la limite de 8 €) ;
- non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical ;
- prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant ;
- prise en charge d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments, à l'exclusion de ceux traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques, prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
- prise en charge d'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
- prise en charge de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires.

Les contrats doivent être mis en conformité avec les nouvelles règles (prévues à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale) des garanties prenant en charge uniquement, soit les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation (ce qui exclut les garanties prenant en charge en outre les dépenses faisant suite à une hospitalisation), soit les médicaments et les dispositifs inscrits sur les listes (prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale) au plus tard au 1^{er} janvier 2008.

Dans le cadre des contrats responsables, les mutuelle santé, assurance santé ou complémentaire santé ne sont pas autorisées à prendre en charge les nouvelles franchises médicales et laissent donc ces montants à la charge de l'assuré.

À titre temporaire, et jusqu'au 28 décembre 2008 au plus tard, les documents de prévoyance relatifs à des garanties « frais de santé » sont réputés ne pas couvrir ces nouvelles franchises, à défaut de mention contraire.

Il faut rappeler qu'elles ne doivent pas être prises en charge par les régimes de prévoyance « frais de santé » pour que l'employeur bénéficie de l'exonération de cotisations sociales liée aux « contrats responsables » ainsi que de la déductibilité du revenu imposable.

Code de la Sécurité sociale, articles L. 242-1 et L. 871-1 ; CGI art. 83, 1^o quater

Exonérés jusqu'en 2011, les contrats responsables sont aujourd'hui soumis à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à hauteur de 7 % (contre 9 % pour les autres contrats).

Une refonte du cahier des charges des contrats de complémentaires santé responsables est prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale 2014

L'objectif de ce décret, "est de garantir un bon niveau de remboursement des soins, tout en responsabilisant les patients, afin de maîtriser les dépenses".

Aujourd'hui, le gouvernement estime que le cahier des charges des contrats responsables n'est pas assez contraignant, notamment en matière de limite de remboursement des dépassements d'honoraires, ou encore concernant les soins dentaires ou d'optique. Prévu dans le cadre du PLFSS pour 2014, le décret "viendra préciser les règles pour assurer un niveau de couverture minimale, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, et pour éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives, qui contribuent à la dérive des prix de certains soins", a expliqué le gouvernement

Actuellement, 90 % des contrats actuels respectent les contraintes fixées.

La définition des nouvelles règles des contrats responsables se heurte aux divergences de vues entre les différents acteurs de la complémentaire santé, les syndicats de médecins et les professionnels de l'optique. Pour sa part, la Mutualité Française propose que les contrats responsables "ne remboursent intégralement que les actes des médecins qui se sont engagés auprès de l'assurance maladie à contenir leurs dépassements dans la limite de 100 % du tarif de la Sécurité social ;

Un taux majoré de 14 % serait appliqué pour les contrats non responsables.

FRAIS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Un contrat d'assurance peut prévoir le remboursement de frais refusés par la Sécurité Sociale.

Exemple

Certains types de lentilles de contact ou certaines prothèses dentaires dont la prise en charge est refusée par cet organisme.

Cette couverture sera évaluée au niveau de la tarification.

NIVEAU DE REMBOURSEMENT DANS LES CONTRATS RESPONSABLES

Pour calculer le montant du dépassement autorisé pour les actes hors parcours de soins, il faut reconstituer le tarif de l'acte dans le parcours de soins, avec les majorations applicables, appliquer le taux de 17,5 % puis faire la différence entre la cotation de l'acte hors parcours de soins et le montant des honoraires avec le dépassement autorisé.

Exemple 1 : consultation de spécialiste hors parcours de soins

1 - Tarif de la CS dans le parcours : 23 € (CS) + 2 € (MPC) + 2 € (MCS) = 27 €

MPC : majoration provisoire clinicien d'un montant de 2 €. En dehors du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne peut être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (voir article 7.2 de la convention médicale du 12 janvier - JO du 11 février 2005).

MCS : majoration de coordination spécialiste d'un montant de 2 € (3 € pour les psychiatres et neuropsychiatres). Elle bénéficie au médecin correspondant, conventionné à tarifs opposables, qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant.

2 - Application du taux de 17,5 % $27 \text{ €} + (27 \times 17,5 \%) = 31,725 \text{ €}$

Le montant des honoraires du médecin spécialiste de secteur 1 consulté hors parcours de soins est donc au maximum de 32 € (arrondi à l'euro supérieur).

3 - Montant du tarif de convention $23 \text{ € (CS)} + 2 \text{ € (MPC)} = 25 \text{ €}$

Hors parcours de soins, le médecin spécialiste de secteur 1 ne peut pas coter de MCS.

4 - Montant du dépassement $32 \text{ € (honoraires autorisés)} - 25 \text{ € (tarif de convention)} = 7 \text{ €}$

Exemple 2 : consultation de psychiatre hors parcours de soins

1 - Tarif de la CNPSY dans le parcours $34,30 \text{ € (CNPSY)} + 2,70 \text{ € (MPC)} + 3 \text{ € (MCS)} = 40 \text{ €}$

MPC : majoration provisoire clinicien d'un montant de 2,70 € pour les psychiatres et neuropsychiatres. En dehors du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne peut être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (voir article 7.2 de la convention médicale du 12 janvier - JO du 11 février 2005).

MCS : majoration de coordination spécialiste d'un montant de 3 € pour les psychiatres et neuropsychiatres. Elle bénéficie au médecin correspondant, conventionné à tarifs opposables, qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant.

2 - Application du taux de 17,5 % $40 \text{ €} + (40 \times 17,5 \%) = 47 \text{ €}$

Le montant des honoraires du médecin spécialiste de secteur 1 consulté hors parcours de soins est donc au maximum de 47 €.

3 - Montant du tarif de convention $34,30 \text{ € (CNPSY)} + 2,70 \text{ € (MPC)} = 37 \text{ €}$

Hors parcours de soins, le médecin psychiatre de secteur 1 ne peut pas coter de MCS.

4 - Montant du dépassement $47 \text{ € (honoraires autorisés)} - 37 \text{ € (tarif de convention)} = 10 \text{ €}$

Exemple 3 : prélèvement superficiel unilatéral ou bilatéral de la cornée pour frotis

1 - Tarif de l'acte dans le parcours $11,59 \text{ € (Code CCAM détaillé BDHP001)}$

2 - Application du taux de 17,5 % $11,59 \text{ €} + (11,59 \times 17,5 \%) = 13,62 \text{ €}$

Le montant des honoraires du médecin spécialiste de secteur 1 qui effectue un prélèvement superficiel unilatéral ou bilatéral de la cornée pour frotis hors parcours de soins est donc au maximum de 14 € (arrondi à l'euro supérieur).

3 - Montant du tarif de convention 11,59 €

4 - Montant du dépassement 14 € (honoraires autorisés) – 11,59 € (tarif de convention) = 2,41 €

Exemple 4 : téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences

1 - Tarif de l'acte dans le parcours 57,19 € (Code CCAM détaillé LHQK002)

2 - Application du taux de 17,5 % $57,19 \text{ €} + (57,19 \times 17,5 \%) = 67,20 \text{ €}$

Le montant des honoraires du médecin spécialiste de secteur 1 qui effectue téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences hors parcours de soins est donc au maximum de 68 € (arrondi à l'euro supérieur).

3 - Montant du tarif de convention 57,19 €

4 - Montant du dépassement 68 € (honoraires autorisés) – 57,19 € (tarif de convention) = 10,81 €

☞ La franchise médicale sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008, n'est pas remboursée par les « contrats responsables » complémentaire santé afin de respecter la réglementation sur les contrats responsables.

GARANTIES ANNEXES

De plus en plus, les complémentaires santé prennent en charge des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale: vaccins, dépose du holter, examen de densité osseuse, lentilles non remboursées, chirurgie de la myopie...

Le contrat peut également prévoir d'autres garanties, telles que :

- l'allocation de mariage, versée au salarié à l'occasion de son mariage ;
- l'allocation de naissance (souvent forfaitaire), qui peut être prévue seulement pour la naissance du premier enfant ou pour chaque naissance ;
- le versement d'une indemnité forfaitaire pour cure thermale (acceptée et/ou refusée par la Sécurité sociale).

Le contrat prévoira souvent le plafonnement de cette garantie à une cure thermale par an et par famille assurée.

- la prise en charge d'une vaccination antigrippale par an et par personne assurée ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime obligatoire ;
- un forfait obsèques ;
- une assistance santé : celle-ci est de plus en plus développée. Elle se présente sous diverses formes : assistance téléphonique, plate-forme de conseils santé, service d'information, etc ;
- des services d'assistance divers : l'envoi d'une garde à domicile pour les enfants, lorsque l'assuré est en arrêt maladie, l'assistance juridique, le rapatriement en cas de maladie à l'étranger, la réservation de places en milieu hospitalier, la prise en charge de l'accompagnant en cas d'hospitalisation ou la prise en charge des animaux, aide ménagère, garde-malade, soutien scolaire, etc.

LES CONTRATS DE PRÉVOYANCE DITS « RESPONSABLES »

GÉNÉRALITÉS

Outre les conditions communes à tous les régimes de protection sociale complémentaire, les régimes portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident doivent comporter certaines garanties ou, au contraire, ne pas prévoir le remboursement de certaines dépenses à caractère de sanction à l'encontre de l'assuré.

Décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 - JO du 30 septembre

Des règles particulières ont été introduites par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin d'accompagner la mise en œuvre du parcours de soins organisé autour du médecin traitant.

Les garanties assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais de santé devront exclure ou au contraire comporter la prise en charge de certaines prestations. Cette condition entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006, a été reconduite par les lois successives de financement de la Sécurité sociale. Elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date, y compris celle bénéficiant du régime transitoire.

L'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (CSS) et son décret d'application n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 définissent des règles de prise en charge (obligations minimales et interdictions) qui s'imposent aux contrats complémentaires santé bénéficiant des dispositions des articles L. 863-1 CSS (crédit d'impôt), des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 CSS (exonérations sociales), du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts (CGI) (exonérations fiscales des contrats collectifs obligatoires), du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis CGI (exonérations fiscales des contrats «Madelin») et des 15^o et 16^o de l'article 995 CGI (exonération de taxe sur les conventions d'assurance).

Les dispositions de l'article L. 871-1 CSS ne sont pas d'ordre public : leur respect ne s'impose pas de manière obligatoire à tous les contrats et un contrat ne respectant pas ces dispositions ne devient pas illégal.

☞ Les exigences de l'article L. 871-1 conditionnent l'exonération de cotisations de Sécurité sociale dont peuvent bénéficier les contributions patronales qui financent le régime de prévoyance.

Les régimes de prévoyance déjà en place doivent être adaptés pour prendre en compte les nouvelles exigences en matière de remboursements (contrat «responsable»).

LES POINTS À RETENIR

Pour bénéficier d'un régime social et fiscal de faveur, les régimes de prévoyance « santé » doivent respecter certaines conditions définies à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (modifié par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 – art. 52).

Des dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par un professionnel de santé en cas de consultation sans prescription du médecin traitant. Dans ce dernier cas, le montant qui excède le tarif conventionnel ne peut être pris en charge en tout ou partie par le régime.

A défaut de choix d'un médecin traitant par l'assuré social de plus de 16 ans, ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant, l'assuré doit s'acquitter d'une majoration de la participation aux soins. Cette sanction pécuniaire ne peut être prise en charge totalement par le régime de prévoyance complémentaire.

Le contrat de prévoyance complémentaire doit à l'inverse assurer la prise en charge totale ou partielle des prestations liées, d'une part, à la prévention (un arrêté détermine la liste de ces garanties : un minimum de deux d'entre elles devront être choisies et inscrites au contrat), et d'autre part, aux consultations et prescriptions du médecin traitant.

Entrée en vigueur

Ces trois conditions devaient à l'origine entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 - article 57, II

Tout en maintenant le principe de cette date, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 (art. 54, II) a prévu deux dérogations :

- les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention n'entrent en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2006 ;
- pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel, les conditions liées à la non prise en charge de la majoration de la participation aux soins ou des dépassements d'honoraires et, à l'inverse, à la prise en charge des prestations liées au médecin traitant n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2006.

Le législateur a reporté au 1^{er} janvier 2008 le délai de mise en conformité aux nouvelles règles prévues à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale des garanties prenant en charge uniquement, soit les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation (ce qui exclut les garanties prenant en charge en outre les dépenses faisant suite à une hospitalisation), soit les médicaments et les dispositifs inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le régime transitoire applicable jusqu'au 30 juin 2008, prévu au IV de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'est pas applicable aux garanties ne respectant pas les règles prévues à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, le report de mise en conformité avec ces règles au 1^{er} janvier 2008, prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 pour les garanties partielles mentionnées au paragraphe précédent, ne peut être prorogé jusqu'au 30 juin 2008.

Les règles spécifiques d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale

Elles sont fixées par les articles L. 242-1 et L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et viennent d'être précisées par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 qui introduit dans le code de la Sécurité sociale deux nouveaux articles R. 871-1 et R.871-2.

Seules sont visées les contributions patronales ayant pour objet de financer le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident soit la prise en charge des frais de soins de santé (prestations en nature) tels que les frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre d'une hospitalisation (frais de séjour, frais de transport...).

Ne sont pas concernées les contributions patronales finançant des prestations en espèces telles que les indemnités journalières ou rentes complémentaires versées en cas de maladie ou invalidité.

Le contrat d'assurance complémentaire DOIT prendre en charge AU MINIMUM

- **au moins 30%** du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant ;
- **au moins 30%** du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie **pour les médicaments**, à l'exclusion de ceux traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques, prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
- **au moins 35%** du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais **d'analyses ou de laboratoires** prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
- **la participation** de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires. La liste de ces prestations sera établie par arrêté interministériel pris après avis de la Haute autorité de santé.

Toutes ces conditions de prise en charge minimale entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elles sont opposables à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

Le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 ajoute à la liste des prises en charges obligatoires celle des dépassements d'honoraires des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, autorisés à hauteur de 150% du tarif opposable de Sécurité sociale. dans le cadre de la convention médicale nationale conclue entre l'Assurance-maladie et les principaux syndicats de médecins, le 26 juillet 2011.

Cette disposition entre en vigueur le 23 mars 2012.

Le contrat d'assurance complémentaire NE DOIT PAS prendre en charge

- la participation forfaitaire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

Cette disposition est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 suite à la publication du décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004 fixant la participation forfaitaire à 1 €.

Les dispositions des contrats d'assurance, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur qui ne prévoient pas expressément la prise en charge de la participation forfaitaire sont réputés exclure son remboursement.

Article 40 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité sociale pour 2005

Cette condition de non prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro n'est pas opposable aux garanties de prévoyance dont la contribution employeur bénéficie du régime transitoire prévu par l'article 113 IV de la loi du 21 août 2003. Ces contributions sont en effet exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la loi du 21 août 2003 laquelle ne faisait pas mention de l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro.

- la majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant. Cette condition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elle est opposable à l'ensemble contributions patronales versées y compris celles bénéficiant du régime transitoire ;

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant. Cette condition de non prise en charge se limite au montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (8 € à ce jour). La prise en charge du dépassement au delà de cette limite de 8 € n'entraîne aucune conséquence au plan social.

Cette condition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.

Compte tenu de la date de déploiement du dossier médical, cette condition n'entre en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2007, elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

- une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments, de 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical et 2 € par transport sanitaire effectué en véhicule sanitaire ou taxi. Ces franchises sont toutefois plafonnées à 50 € par année et par personne. Si le même jour, plusieurs actes paramédicaux ou plusieurs transports ont lieu, le montant total de la franchise supportée par le patient est plafonné à 2 € pour les actes effectués par un auxiliaire médical et à 4 € pour les transports sanitaires.

Article D. 322-7 du Code de la Sécurité sociale

Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'absence de clauses contractuelles conformes à ces dispositions conduira à la réintégration dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale de l'intégralité de la contribution patronale destinée au financement des prestations de prévoyance complémentaire «frais de santé».

Lorsque le contrat de prévoyance complémentaire couvre plusieurs risques (remboursement des frais de santé, couverture du risque incapacité et/ou invalidité sous forme de prestations en espèces, décès), seule la part de la contribution de l'employeur afférente au financement des prestations «remboursement frais de santé» est à réintégrer dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

Tableau récapitulatif des conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale applicables aux contributions de l'employeur finançant des garanties de remboursement des frais de santé

Conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale	Date d'entrée en vigueur
INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE	
Non prise en charge de participation forfaitaire à la charge des assurés (1 €)	1 ^{er} janvier 2005
Non prise en charge des franchises médicales sur médicaments, actes paramédicaux et transports des maladies	1 ^{er} janvier 2008
Non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Non prise en charge des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant (dans la limite de 7 €)	1 ^{er} janvier 2006
Non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical	1 ^{er} juillet 2007
OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE	
Prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments, à l'exclusion de ceux traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques, prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge d'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires.	1 ^{er} juillet 2006
Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, autorisés à hauteur de 150 % du tarif opposable de Sécurité sociale. dans le cadre de la convention médicale nationale conclue entre l'Assurance-maladie et les principaux syndicats de médecins, le 26 juillet 2011.	23 mars 2012

Une circulaire NDSS - 2A n° 2006-314 du 11 juillet 2006 a précisé les modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales.

Elle présente le dispositif et précise : les aménagements du dispositif prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, l'interdiction de prise en charge des dépassements de tarifs en dehors du parcours de soins coordonnés, l'étendue des obligations de prise en charge au niveau des prestations, et le champ des interdictions au niveau des personnes couvertes.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Source : l'assurance maladie - 12 décembre 2005

La mise en place du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant a pour objectif d'améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé. C'est un axe majeur de la réforme de l'Assurance Maladie.

Dans le parcours de soins coordonnés, le médecin traitant assure le suivi médical régulier de son patient et l'oriente, en cas de besoin de soins spécialisés, vers le médecin adapté à son problème de santé. Celui-ci lui communique en retour toutes les informations nécessaires pour garantir la qualité du suivi médical.

Le parcours de soins permet ainsi d'améliorer la qualité des soins pour chacun et de remédier de façon très pragmatique à certains dysfonctionnements du système de soins.

Le parcours de soins coordonnés en quelques dates

13 août 2004	Promulgation de la loi de réforme de l'Assurance Maladie
1 ^{er} janvier 2005	Les assurés sont invités à choisir leur médecin traitant
12 février 2005	Publication au journal officiel de la convention médicale signée entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins. Cette convention précise les modalités concrètes du parcours de soins coordonnés.
30 mars 2005	Chaque assuré a reçu un courrier d'information ainsi qu'un formulaire de choix du médecin traitant.
17 juin 2005	Signature d'un accord signé entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux pour rendre obligatoire à partir du 1 ^{er} janvier 2006 la dispense d'avance de frais pour les personnes dont les ressources sont légèrement au-dessus du plafond de la CMU complémentaire.
1 ^{er} juillet 2005	Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant est mis en œuvre comme prévu. 20 millions d'assurés ont déjà choisi leur médecin traitant. Une nouvelle feuille de soins permet de préciser les conditions de prise en charge de l'assuré.
Novembre 2005	Le formulaire du protocole de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée prise en charge à 100 % est mis à la disposition des médecins traitants
Décembre 2005	70 % des Français ont choisi leur médecin traitant
1 ^{er} janvier 2006	Le parcours de soins coordonnés est complet. Les remboursements modulés s'appliquent à partir de cette date. Entrée en vigueur de la dispense d'avance de frais pour les personnes dont les ressources sont légèrement au-dessus (maximum 15 %) du plafond de la CMU complémentaire.

LE MÉDECIN TRAITANT AU CENTRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant permet aux patients d'être mieux suivis, d'être bien orientés et de recevoir les soins adaptés à leur état de santé. L'assuré qui choisit d'avoir un médecin traitant, s'adresse à lui en priorité en cas de problème de santé.

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- assure les soins de **prévention** (dépistage, éducation sanitaire, etc.) ;
- organise la **coordination des soins** entre les différents médecins spécialistes qui interviennent auprès de son patient, centralise toutes les informations (résultats d'examens, diagnostics, traitements) et tient le dossier médical.

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée le médecin traitant élabore, en concertation avec les médecins spécialistes impliqués dans le traitement, leur protocole de soins. Le nouveau formulaire de prise en charge des affections de longue durée (mis en place depuis novembre 2005) sert de support au protocole de soins et comprend un volet signé par le patient. Ce document plus détaillé que l'ancien PIRES améliore l'information du patient et facilite la circulation des informations entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui le suivent.

Le médecin traitant oriente son patient en cas de besoin vers un autre praticien : le médecin correspondant.

Le médecin correspondant :

- répond aux sollicitations du médecin traitant et reçoit les patients qui lui sont adressés dans les délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ;
- **tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant** de ses constatations. Il lui transmet les résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, etc ;
- contribue, dans son champ de compétence, à la définition du **protocole des soins pour les malades atteints d'une affection de longue durée**.

Le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant :

- **pour un avis ponctuel** : le médecin correspondant donne son avis d'expertise mais les soins sont dispensés par le médecin traitant ;

Par exemple, dans le cas de douleurs thoraciques mal définies, le médecin traitant peut être amené à demander l'avis ponctuel d'un cardiologue.

- **pour des soins itératifs** ou dans le cas d'une affection de longue durée : un plan de soins réguliers est défini en concertation entre le médecin correspondant et le médecin traitant. Le médecin correspondant assure des soins réguliers au patient qui ne repasse pas par son médecin traitant. Le protocole de soins des patients souffrant d'une affection de longue durée précise les consultations et traitements incombant aux médecins spécialistes.

Par exemple, une personne atteinte de la maladie de Parkinson est suivie généralement par un neurologue tous les trimestres.

- **pour une séquence de soins avec plusieurs intervenants** : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage obligé par le médecin traitant.

Un médecin en accès direct spécifique peut orienter son patient vers un médecin correspondant, par exemple un ophtalmologue peut adresser son patient à un chirurgien pour une chirurgie oculaire.

Par exemple un malade est adressé à un chirurgien pour la pose d'une prothèse de hanche. Le chirurgien a besoin de l'avis d'un cardiologue et de l'anesthésiste. Pour consulter ces deux spécialistes le patient ne retourne pas voir son médecin traitant.

Exceptions et accès directs

Tout en restant dans le parcours de soins coordonnés avec une prise en charge optimale, les patients peuvent consulter un autre médecin :

- en **cas d'urgence médicale**, absence du médecin traitant, déplacements loin du domicile de l'assuré (par exemple pour les vacances) ; et certains spécialistes dans certaines conditions :
- un **gynécologue**, pour les dépistages périodiques, la contraception, le suivi de la grossesse, l'IVG ;
- un **ophtalmologue** pour la prescription et le renouvellement de lunettes, le dépistage et le suivi du glaucome ;
- un **psychiatre** ou un **neuropsychiatre**, pour les moins de 26 ans ;
- un **stomatologue**, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

LES MODALITÉS FINANCIÈRES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2006

Le patient est financièrement incité à adopter la coordination des soins.

Pour inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonnés, les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie ont prévu des conditions financières attractives.

Depuis le 31 janvier 2009, les patients de plus de 16 ans qui n'ont pas choisi de médecin traitant (sauf urgence ou accès direct spécifique) voient leur taux de remboursement par l'assurance maladie diminuer de 40% et donc leur ticket modérateur majoré de 40%. Cette majoration du ticket modérateur est applicable aux consultations et actes externes ainsi qu'aux séjours hospitaliers

Avis relatif à la décision de l'UNCAM du 22 janvier 2009 - JO du 30 janvier 2009

Ainsi, en suivant le parcours de soins coordonnés, les assurés bénéficient de conditions optimales de tarifs et de remboursement : le tarif des consultations des médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 et de ceux ayant choisi le secteur optionnel est fixé à 28 € et remboursé à 70 % sur la base de ce montant.

Pour les assurés qui ne souhaitent pas suivre le parcours de soins coordonnés et qui consultent un spécialiste sans recommandation de leur médecin traitant, le tarif de la consultation d'un spécialiste secteur 1 pourra s'élever jusqu'à 33 € et sera remboursé à 30 % de la base de remboursement fixé à 25 €.

De même les complémentaires santé mettront en place progressivement les contrats dits «responsables» dont l'objectif est de favoriser le parcours de soins coordonnés avec de meilleures conditions de prise en charge que pour les soins réalisés hors parcours de soins.

La dispense d'avance de frais pour faciliter l'accès aux soins

A partir du 1^{er} janvier 2006, les assurés ayant des ressources modestes, mais n'ayant pas la CMU complémentaire (revenus supérieurs jusqu'à 35 % du plafond de la CMU complémentaire), auront droit à la dispense d'avance de frais pour la part remboursée par l'Assurance Maladie. Cette facilité de paiement s'appliquera obligatoirement à tous les actes médicaux effectués dans le cadre du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant. Concrètement, les assurés n'auront à payer que 30% du montant de la consultation, soit par exemple 7,60 € pour la consultation d'un généraliste, l'Assurance Maladie versant directement au médecin la part habituellement remboursée au patient.

Cet avantage complète l'aide à l'acquisition d'une complémentaire dont ils peuvent bénéficier grâce à la loi d'août 2004.

Une circulaire NDSS - 2A n° 2006-314 du 11 juillet 2006 a précisé les modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales.

Montant du dépassement en dehors du parcours de soins coordonnés

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés. Ils sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, le dépassement est réputé correspondre aux dépassements définis ci-dessus.

Le montant facturé en secteur I ne doit pas excéder plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés, arrondi à l'euro supérieur.

Montant en Euros	Médecin spécialiste (droit commune)			Cardiologue		
	Métropole	Guadeloupe Martinique	Réunion Guyane	Métropole	Guadeloupe Martinique	Réunion Guyane
Consultation	23,00	25,30	27,60	45,73	50,61	52,44
Majoration provisoire (MPC)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination spécialiste (MCS) ⁽¹⁾ ou majoration de coordination cardiologiste (MCC) ⁽¹⁾	3,00	3,00	3,00	3,27	3,27	3,27
Total	28,00	30,30	32,60	51,00	55,88	57,71
Montant maximum facturé	28	30,30	32,60	51	55,88	57,71
	+	+	+	+	+	+
	17,5 % de 28	17,5 % de 30,30	17,5 % de 32,60	17,5 % de 51	17,5 % de 55,88	17,5 % de 57,71
	=	=	=	=	=	=
	32,90	35,6025	38,305	59,925	65,659	67,80925
Arrondi à	33,00	36,00	39,00	60,00	66,00	68,00
Tarif applicable sans dépassement : consultation + MPC ⁽²⁾	23 + 2 = 25,00	25,30 + 2 = 27,30	27,60 + 2 = 29,60	45,73 + 2 = 47,73	50,61 + 2 = 52,61	52,44 + 2 = 54,44
Montant du plafond dépassement autorisé	33 - 25 = 8,00	36 - 27,30 = 8,70	39 - 29,60 = 9,40	60 - 47,73 = 12,27	66 - 52,61 = 13,39	68 - 54,44 = 13,56

⁽¹⁾ Tarif au 31 mars 2006, en application de l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

⁽²⁾ Pas d'application de la MCS puisque réservée au parcours de soins coordonné

Montants en Euros	Psychiatrie et neuropsychiatrie – Tarif applicable au 26/03/2012		
	Métropole	Guadeloupe - Martinique	Réunion - Guyane
Consultation	37	40,70	44,40
Majoration provisoire clinicien (MPC)	2,70	2,70	2,70
Majoration de coordination spécialiste (MCS) ⁽¹⁾	4,00	4,00	4,00
Total	43,70	47,40	51,10
Montant maximum facturé	43,70 + (17,50 % de 43,70) = 51,3475	47,40 + (17,5 % de 47,40) = 55,695	51,10 + (17,5 % de 51,10) = 60,0425
Arrondi à	52	56	61
Tarif applicable sans dépassement : consultation + MPC ⁽²⁾	37 + 2,70 = 39,70	40,70 + 2,70 = 43,40	44,40 + 2,70 = 47,10
Montant du plafond dépassement autorisé	52 – 39,70 = 12,30	56 – 43,40 = 12,60	61 – 47,10 = 13,90

⁽¹⁾ Tarif au 31 mars 2006, en application de l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

⁽²⁾ Pas d'application de la MCS puisque réservée au parcours de soins coordonné

Pour les actes techniques, l'interdiction de prise en charge vaut sur le montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques, donc à hauteur de 8 € pour une consultation de droit commun en métropole.

LES REMBOURSEMENTS PAR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ DANS LES CONTRATS RESPONSABLES

Sources : le parcours de soins coordonnés, quoi de neuf en 2006 - l'assurance maladie - 12 décembre 2005

C'est à partir du 1^{er} janvier 2006 qu'entrent en vigueur les «contrats responsables» des organismes complémentaires. Ces contrats entendent responsabiliser les acteurs du système de santé et promouvoir le parcours de soins coordonnés. En contrepartie d'avantages fiscaux et sociaux, les contrats responsables assureront que les dépassements et le moindre remboursement hors parcours de soins coordonnés ne soient pas couverts par les organismes complémentaires.

Aujourd'hui, plus de 9 personnes sur 10 bénéficient d'une couverture maladie complémentaire.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Les contrats responsables comportent des obligations de prise en charge pour les consultations du médecin traitant ainsi que de ses prescriptions.

Ils doivent prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur, soit :

- au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant et du médecin correspondant ;
- au moins 30% du tarif de base des médicaments, à l'exception des spécialités homéopathiques et des médicaments dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important (vignette blanche) ;
- au moins 35% du tarif de base des frais d'analyses ou de laboratoires.

Ces prises en charge sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant et aux prescriptions du médecin correspondant.

Les organismes complémentaires s'engagent à rembourser l'intégralité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique ; la liste de ces prestations sera déterminée par la Haute autorité de santé ainsi que les catégories de population concernées.

Hors parcours de soins coordonnés

Dans le cadre des contrats responsables, les organismes complémentaires ne peuvent pas prendre en charge :

- la baisse de remboursement en cas de non respect du parcours de soins ;
- les dépassements autorisés du secteur 1 hors parcours de soins, soit 8 € qui restent à la charge de l'assuré. De même une partie des dépassements des médecins de secteur 2 ne sont pas pris en charge à hauteur de 8 euros.

Il convient de rappeler que la participation forfaitaire de 1 € est généralement exclue de la prise en charge par les organismes complémentaires depuis le 1^{er} janvier 2005.

Pour une consultation de généraliste hors parcours de soins

Pour une consultation de 23 €, hors parcours de soins :

- l'Assurance Maladie rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, moins la participation forfaitaire, soit :
 - $23 \text{ €} \times 30 \% = 6,90 \text{ €}$. La somme remboursée par l'assurance maladie est de **5,90 €** ($6,90 - 1$) ;
- l'organisme complémentaire rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, soit :
 - $23 \text{ €} \times 30 \% = \mathbf{6,90 \text{ €}}$.

En effet, dans le cadre d'un contrat responsable, l'organisme complémentaire ne peut prendre en charge ni la baisse du taux de remboursement ni la participation forfaitaire de 1 €.

La somme totale remboursée à l'assuré est donc de **12,80 €** maximum.

Il reste **10,20 € à la charge de l'assuré** qui ne peuvent être remboursés ni par l'Assurance Maladie, ni par l'organisme complémentaire.

Pour une consultation de spécialiste de secteur 1 hors parcours de soins

Pour une consultation de 25 €, hors parcours de soins :

- L'Assurance Maladie rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, moins la participation forfaitaire, soit :

- $25 \text{ €} \times 30 \% = 7,50 \text{ €}$. La somme remboursée par l'assurance maladie est de **6,50 €** ($7,50 - 1$) ;

- l'organisme complémentaire rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, soit :

- $25 \text{ €} \times 30 \% = 7,50 \text{ €}$.

En effet, dans le cadre d'un contrat responsable, l'organisme complémentaire ne peut prendre en charge ni la baisse du taux de remboursement ni la participation forfaitaire de 1 €. Le contrat responsable interdit également de rembourser les dépassements autorisés du spécialiste de secteur 1 qui peuvent aller jusqu'à 33 €, soit 8 € non pris en charge.

La somme totale remboursée à l'assuré est donc de **14 €** maximum.

Il reste **11 € à la charge de l'assuré** qui ne peuvent être remboursés ni par l'Assurance Maladie, ni par l'organisme complémentaire.

Pour une consultation de spécialiste de secteur 2 hors parcours de soins

Pour une consultation de 50 €, hors parcours de soins :

- L'Assurance Maladie rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, moins la participation forfaitaire, soit :

- $23 \text{ €} \times 30 \% = 6,90 \text{ €}$. La somme remboursée par l'assurance maladie est de **5,90 €** ($6,90 - 1$) ;

- l'organisme complémentaire rembourse 30 % du tarif de base de remboursement, soit :

- $23 \text{ €} \times 30 \% = 6,90 \text{ €}$.

La somme remboursée à l'assuré est donc d'au moins **12,80 €** maximum (sans compter les dépassements).

La prise en charge des dépassement est variable selon le contrat d'assurance choisi.

le cadre d'un contrat responsable, l'organisme complémentaire n'est pas autorisé à prendre en charge la baisse du taux de remboursement lié au non respect du parcours de soins et la franchise de 8 € sur les dépassements.

Il ne peut pas non plus prendre en charge la participation forfaitaire de 1€.

ENJEUX DE PASSAGE AUX CONTRATS PROFESSIONNELS

Pour les entreprises, depuis 2006, les contrats ne prenant pas en charge les minima de remboursement et / ou prenant en charge les dépassements d'honoraires hors parcours de soins et la participation forfaitaire de 1 € pourront être sanctionnées par :

- une remise en cause de l'exonération des charges sociales sur les cotisations santé complémentaire ;
- une absence de déductibilité des cotisations de l'impôt sur le revenu pour les salariés ;
- l'application d'une taxe de 9 % (taxe sur les conventions d'assurance).

Une refonte du cahier des charges des contrats de complémentaires santé responsables est prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 :

- l'objectif de ce décret, "est de garantir un bon niveau de remboursement des soins, tout en responsabilisant les patients, afin de maîtriser les dépenses" ;
- aujourd'hui, le gouvernement estime que le cahier des charges des contrats responsables n'est pas assez contraignant, notamment en matière de limite de remboursement des dépassements d'honoraires, ou encore concernant les soins dentaires ou d'optique. Prévu dans le cadre du PLFSS pour 2014, le décret "viendra préciser les règles pour assurer un niveau de couverture minimale, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, et pour éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives, qui contribuent à la dérive des prix de certains soins", a expliqué le gouvernement ;
- actuellement, 90% des contrats actuels respectent les contraintes fixées ;
- la définition des nouvelles règles des contrats responsables se heurte aux divergences de vues entre les différents acteurs de la complémentaire santé, les syndicats de médecins et les professionnels de l'optique. Pour sa part, la Mutualité Française propose que les contrats responsables "ne remboursent intégralement que les actes des médecins qui se sont engagés auprès de l'assurance maladie à contenir leurs dépassements dans la limite de 100% du tarif de la Sécurité social ;
- un taux majoré de 14 % serait appliqué pour les contrats non responsables.

Le projet de décret sur le contenu des contrats responsables

	Plancher	Plafond
Soins de ville	TM (sauf cure thermale)	Plusieurs options
Frais d'hospitalisation	TM	
Pharmacie	TM (sauf SMR faible/SMR modéré)	
Prothèse dentaires	TM	
Optique	Remboursement limité à une paire de lunette tous des 2 ans*	
Monture		100 €
Verres simples	TM ou 100 €	350 € (2015) à 200 € (2018)
Verres complexes	TM ou 150€	600 € (2015) à 400 € (2018)
Lentilles	TM ou 100 €	

* sauf pour les enfants et en cas de dégradation de la vision

TM = ticket modérateur

