



Décret & circulaire de la Direction de la Sécurité sociale (DSS)

Nouveau dispositif des contrats responsables

Sommaire

| | |
|---|---|
| Contexte réglementaire..... | 2 |
| Les principales mesures à retenir | 3 |
| Le calendrier de mise en œuvre du dispositif..... | 4 |
| Explicatif du dispositif d'entrée en vigueur..... | 5 |
| En savoir plus :..... | 6 |

Contexte réglementaire

Pour que les entreprises puissent bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux dans le cadre de la mise en place de leur régime de protection sociale, les contrats d'assurance complémentaire santé **doivent être collectifs, obligatoires et respecter le dispositif législatif des « contrats responsables »**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 56) et son décret d'application du 18 novembre 2014 (décret n°2014-1374) ont modifié ce dispositif ainsi que le panier de soins des contrats responsables.

La circulaire DSS du 30 janvier 2015 apporte des précisions sur ces dispositions.

Les avantages fiscaux et sociaux de l'entreprise si le contrat est responsable :

- Taux de TSCA réduit (7% au lieu de 14%)
- Les contributions employeurs sont exclues des cotisations de sécurité sociale (exonérations de charges sociales)
- Déductions fiscales

Si le contrat est « non responsable », l'entreprise s'expose à un risque fiscal et Urssaf.

Les principales mesures à retenir

Le contenu du nouveau panier de soins

La circulaire détaille les nouveaux planchers et plafonds de garanties que doivent respecter les «contrats responsables» (Article R.871-2 du CSS).

H → Prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée pour les établissements hospitaliers quel que soit le type d'hospitalisation (A l'exception des forfaits facturés par les établissements médico-sociaux).



→ Prise en charge intégrale du ticket modérateur (exception possible sur les médicaments à service médical rendu modéré ou faible, l'homéopathie et les soins thermaux).

→ Encadrement des dépassements d'honoraires des médecins.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins NON CAS ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable et elle doit être inférieure d'au moins 20% de la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins adhérents au CAS.

→ Encadrement de la prise en charge des équipements optiques (Article R 871-2 CSS) :

→ Prise en charge limitée à un équipement composé de **deux verres et d'une monture, par période de deux ans sauf en cas d'évolution de la vue ou si le bénéficiaire est mineur.**



6 combinaisons de remboursement possible en fonction de la complexité des verres :

- Min 100 euros / Max 470 euros Monture incluse (150 € maximum)
- Min 125 euros / Max 610 euros Monture incluse (150 € maximum)
- Min 200 euros / Max 750 euros Monture incluse (150 € maximum)
- Min 125 euros / Max 660 euros Monture incluse (150 € maximum)
- Min 200 euros / Max 800 euros Monture incluse (150 € maximum)
- Min 200 euros / Max 850 euros Monture incluse (150 € maximum)

ANI
RESPONSABLE

• Les planchers et les plafonds incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur.

- Les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 150 euros.
- L'encadrement optique ne concerne pas les lentilles.

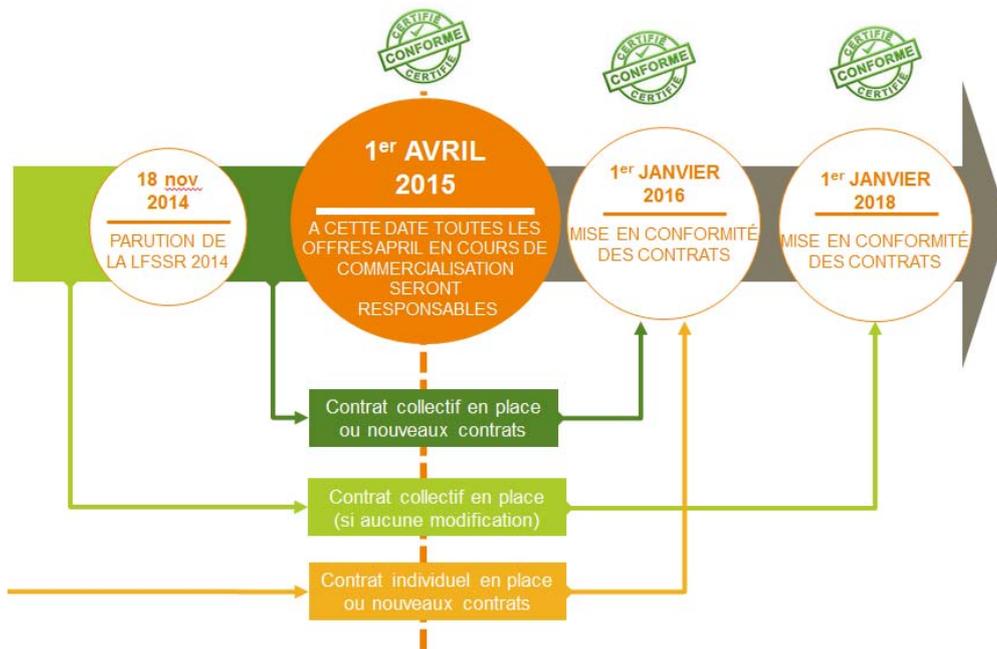


Prise en charge du :

- TM pour tous les actes dentaires
- TM + 25 % BR pour les prothèses et l'orthodontie prises en charge par le RO

ANI RESPONSABLE

Le calendrier de mise en œuvre du dispositif



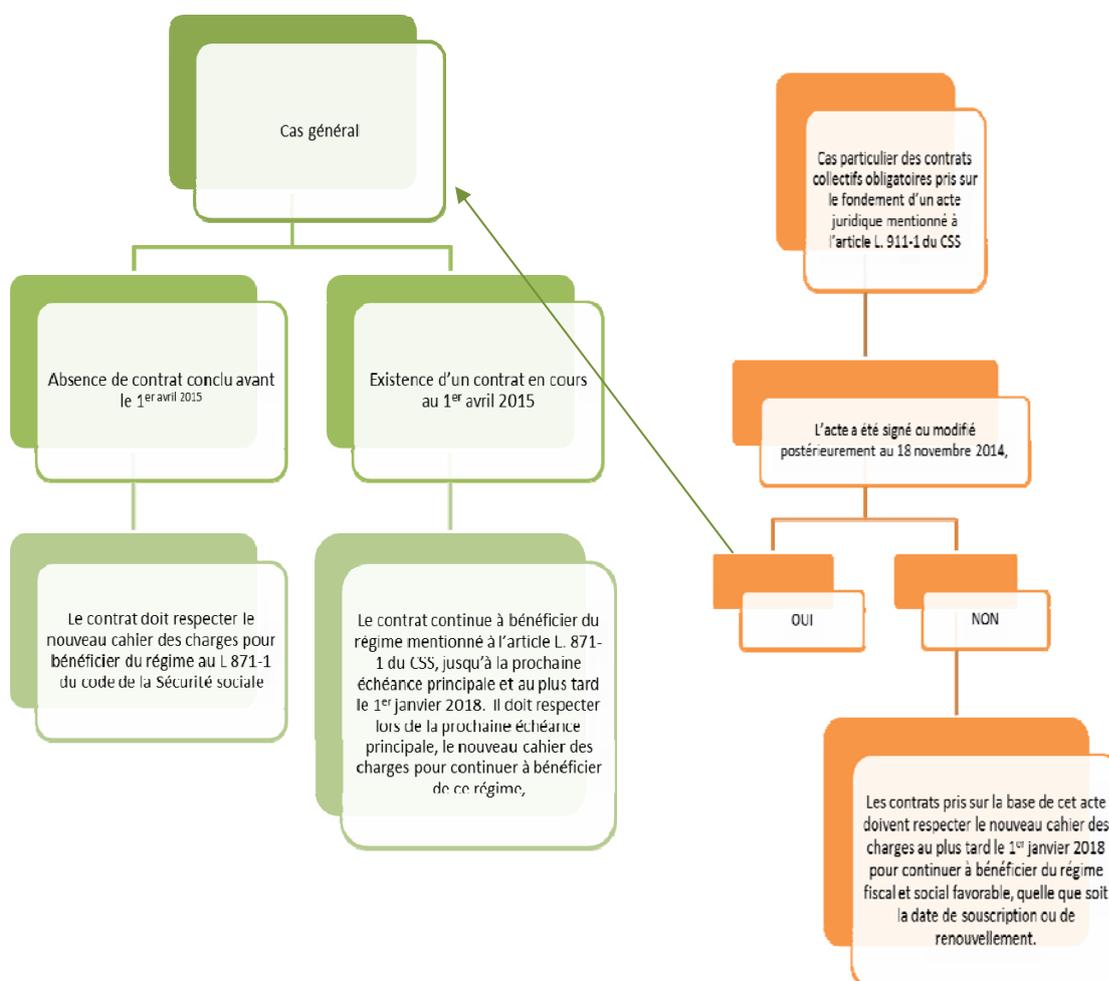
Explicatif du dispositif d'entrée en vigueur

1- L'accord ou la DUE n'est pas modifié entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2017

- Maintien des anciennes dispositions jusqu'au 31 décembre 2017.
- Le contrat santé devra appliquer le nouveau cahier des charges des contrats responsables à compter du 1er janvier 2018, quelle que soit la date de souscription ou de renouvellement.

2- L'accord ou la DUE a été modifié ou mis en place à compter du 19 novembre 2014

- Fin du régime transitoire.



En savoir plus :

Quelles modifications post 19/11/2014 entraînent une mise en conformité de mon contrat ?

Modifications listées à titre d'exemples les plus fréquents mais non exhaustifs :

Obligations réglementaires :

- Modification des libellés de collègue
- Intégration de la mutualisation pour le régime de portabilité des droits

Obligation ANI :

- Modification de cotisation employeur/salarié (part employeur à minima de 50%)

Autres types :

- Modification des cas de dispenses
- Modification du groupe assuré (exemple isolé/famille)

Seule l'entreprise et son conseiller en assurances sont en mesure d'en dresser la liste précise :

A propos du CAS/NON CAS :

CAS signifie Contrat d'Accès aux Soins.

Il s'agit d'un contrat souscrit sur la base du volontariat entre l'Assurance maladie et des médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Ce contrat favorise l'accès aux soins pour les patients en leur permettant notamment d'être mieux remboursés.

Les limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas au CAS quel que soit leur domaine d'activité

Par ce contrat les médecins signataires du CAS s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. En contrepartie, l'Assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents au CAS sur ceux exerçant en secteur 1. D'autre part les contrats d'assurances santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires, doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS par rapport aux médecins non signataires du CAS.

- les médecins non conventionnés sont assimilés à des médecins NON CAS
- les dentistes et stomatologues ne sont pas concernés par ce dispositif.

Que faut-il comprendre par « évolution de la vue » ?

Il s'agit :

- d'un changement de correction avec justification médicale.
- d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien.

Cas particulier :

- Si l'assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé reste identique (période de 2 ans)
- Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits.

Régime fiscal des contrats multiples : renforts/extensions

La circulaire précise deux éléments importants :

- 1) Une surcomplémentaire non responsable n'impacte pas le caractère responsable du contrat socle. Il est donc possible d'avoir un contrat socle responsable et une surcomplémentaire non responsable mais que dans ce cas le contrat socle doit être juridiquement distinct du contrat de surcomplémentaire (renfort).

Précision : un contrat comportant des options est bien un contrat unique. Les options souscrites doivent donc respecter les critères de responsabilité afin que les garanties de base et les options soient responsables dans leur globalité.

- 2) Le contrat surcomplémentaire n'a pas l'obligation de respecter à lui seul les planchers minimum mais il doit obligatoirement respecter les plafonds de garanties après intervention de la Sécurité sociale et du ou des contrats complémentaires (contrat socle) intervenant en amont.

En synthèse : l'ensemble des garanties seront considérées comme responsables si :

- chacun des deux contrats respectent les interdictions de prise en charge (article R. 871-1 du CSS)
- les deux contrats, pris dans leur ensemble doivent respecter les plafonds de garantie (somme du RO + contrat socle + contrat sur complémentaire).
