

VOTRE FAQ CONTRATS RESPONSABLES

CHEFS D'ENTREPRISE, LES RÉPONSES
À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS
SANTÉ DIT «RESPONSABLES»



VOTRE FAQ ENTREPRISE

LES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS SANTÉ DITS «RESPONSABLES»

PRÉAMBULE

Le contrat santé dit «responsable» est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 suite à la réforme de l'assurance maladie. Depuis cette date, les complémentaires santé d'entreprise doivent respecter un cahier des charges définissant à la fois des interdictions et des obligations de remboursement pour conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales.

Des évolutions réglementaires récentes ont modifié profondément ce cahier des charges, qui doit s'appliquer selon un calendrier précis. Ainsi, tout contrat souscrit ou renouvelé depuis le 1^{er} avril 2015 doit y répondre.

Pour les entreprises qui étaient déjà équipées d'une complémentaire santé avant le 1^{er} avril 2015, la date de référence pour la mise en conformité est le **1^{er} janvier 2016**, avec une période transitoire tolérée jusqu'au 31 décembre 2017, sous réserve de répondre à des conditions très restrictives.

La présente FAQ a pour objet d'apporter les précisions nécessaires aux différentes questions soulevées par cette nouvelle réglementation.

VOTRE FAQ ENTREPRISE

LES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS SANTÉ DITS «RESPONSABLES»

1

Qu'est-ce qu'un contrat « solidaire et responsable » ?

C'est un contrat santé d'entreprise, sans sélection médicale, qui doit respecter un cahier des charges, définissant à la fois des interdictions et des obligations de remboursement pour conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales. Le principe affiché est de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par une modification des comportements des assurés.

2

A partir de quelle date doit-on appliquer le nouveau cahier des charges des contrats responsables ?

Ces dispositions s'appliquent, sauf dérogations, dès le 1^{er} avril 2015 pour tous les nouveaux contrats souscrits ou renouvelés à compter de cette date.

3

Quels sont les nouveaux critères du contrat responsable ?

Les complémentaires santé devront désormais prendre en charge et respecter des limites minimales et maximales de remboursement pour certaines prestations. Le législateur a instauré des niveaux plancher de prise en charge ainsi que des plafonds pour éviter une dérive des dépenses de santé.

4

Quelles sont les nouvelles obligations de prise en charge ?

- L'intégralité de la participation de l'assuré (Ticket Modérateur), sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible (15 %) ou modéré (30 %), ainsi que pour l'homéopathie.
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier (sans limite de durée).

VOTRE FAQ ENTREPRISE

LES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS SANTÉ DITS «RESPONSABLES»

5

Quelles sont les nouvelles obligations relatives aux dépassements d'honoraires des médecins ?

Une distinction de prise en charge est opérée entre les médecins ayant souscrit au contrat d'accès aux soins (CAS*) et les autres. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au CAS, en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité.

** Le contrat d'accès aux soins est un contrat proposé aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à geler leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux et d'une base de remboursement supérieure (les médecins de secteur 2 signant le CAS se voient appliquer la Base de Remboursement des médecins de secteur 1).*

La liste des médecins adhérents au CAS est disponible sur ameli.fr.

6

Quelles sont les limitations en montant et en fréquence pour le poste optique ?

Si le contrat propose une couverture au-delà du Ticket Modérateur, des planchers et des plafonds doivent être respectés.

- Six combinaisons (montant plancher / montant plafond) ont été fixées en fonction de la correction optique (verres simples / complexes / très complexes).
- La prise en charge de la monture est limitée à 150 €.
- La prise en charge en optique est également limitée à un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, cas pour lequel un équipement peut être remboursé tous les ans.

VOTRE FAQ ENTREPRISE

LES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS SANTÉ DITS «RESPONSABLES»

7

Quel est le calendrier de mise en œuvre pour les contrats collectifs obligatoires ?

La date de mise en conformité de vos contrats collectifs obligatoires dépend de la date de signature de l'acte fondateur* de l'entreprise cliente. Par principe, tous les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} avril 2015 doivent être conformes au nouveau cahier des charges sauf si l'entreprise remplit les conditions pour bénéficier d'une période dérogatoire.

- **Contrats souscrits sur la base d'un acte fondateur signé avant le 19/11/2014** : si l'acte fondateur n'est pas modifié entre le 19/11/2014 et le 31/12/2017, le contrat pourra bénéficier de la période transitoire pour une mise en conformité lors de l'entrée en vigueur de la prochaine modification de l'acte fondateur et au plus tard pour le 01/01/2018.
- **Contrat souscrit avant le 01/04/2015 avec un acte fondateur mis en place ou modifié entre le 19/11/2014 et le 01/04/2015** : votre contrat devra être mis en conformité au 01/01/2016.
- **Contrat souscrit après le 01/04/2015 avec un acte fondateur mis en place ou modifié après le 19/11/2014** : le contrat ne peut pas bénéficier de la période transitoire. Il doit être conforme dès sa souscription.
- **Contrat souscrit après le 01/04/2015 avec un acte fondateur mis en place ou modifié avant le 19/11/2014** : période transitoire possible jusqu'au 31/12/2017.

*acte fondateur : convention collective, accord d'entreprise ou accord référentiel, décision unilatérale de l'employeur

8

Quelle est la date de mise en conformité obligatoire ?

Entre le 01/01/2016 et le 01/01/2018 tous les contrats d'assurance complémentaire santé devront être mis en conformité afin de respecter le nouveau cahier des charges du contrat responsable.

Pour l'application de la période dérogatoire, toute modification de l'acte fondateur fait perdre à l'entreprise le bénéfice de cette période. Nous attirons votre attention sur le fait que la Direction de la Sécurité sociale définit de manière très extensive la notion de « modification » de l'acte fondateur.

C'est pourquoi, afin de limiter tout risque de requalification, nous vous recommandons de vous mettre en conformité au plus tôt.

VOTRE FAQ ENTREPRISE

LES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LES CONTRATS SANTÉ DITS «RESPONSABLES»

9

Quelles sont les conséquences du non respect des nouvelles dispositions ?

Les conséquences du non respect du nouveau cadre réglementaire du contrat « solidaire et responsable » sont :

- perte de la déductibilité fiscale de la cotisation salariale dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire,
- perte des exonérations de charges sociales sur la participation de l'employeur au financement des contrats collectifs à adhésion obligatoire,
- majoration du taux de taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance (TSA) au 1er janvier 2016, qui passe de 13,27 % à 20,27 %.

10

Concernant les contrats collectifs facultatifs, quelle est la démarche vis-à-vis de la mise en conformité ?

- Les contrats collectifs facultatifs conclus ou renouvelés à partir du 1^{er} avril 2015 devront respecter le nouveau cahier des charges du contrat responsable.
- Les contrats collectifs facultatifs responsables conclus ou renouvelés jusqu'au 31 mars 2015 pourront toujours être qualifiés de « contrats responsables », selon les anciennes normes jusqu'à leur prochaine échéance principale.

11

Quels sont les critères du contrat responsable pour les contrats dits surcomplémentaires ?

Un contrat collectif complémentaire obligatoire responsable (dit socle) peut être complété par un contrat surcomplémentaire facultatif.

- **Quid de la fiscalité des surcomplémentaires :** le respect des critères de responsabilité tels que précisés ci-dessus, s'apprécie pour chaque contrat souscrit par l'entreprise.

Pour qu'un contrat surcomplémentaire puisse être considéré comme « responsable », il doit tout d'abord être dénommé « surcomplémentaire » et également spécifier que son intervention se fait sous déduction du remboursement du régime obligatoire (Sécurité sociale) et du ou des contrat(s) complémentaire(s) « socle », dans la limite des frais réels.

- **Respect des critères par les contrats surcomplémentaires :** le respect des règles de prise en charge maximale s'apprécie en regardant les prises en charge déjà effectuées par le régime obligatoire et par le ou les contrat(s) socle(s). La rédaction des garanties du contrat surcomplémentaire doit donc mentionner un montant maximal de prise en charge, compte tenu des montants déjà pris en charge par ailleurs (régime obligatoire + socle du RC). Le contrat surcomplémentaire qui ne respecte pas l'obligation des prises en charge minimales est réputé responsable si celles-ci sont garanties par le contrat socle.

VOTRE FAQ ENTREPRISE

TABLEAU COMPARATIF PANIER DE SOINS CONTRATS RESPONSABLES

Le panier de soins ANI correspond au niveau de couverture frais de santé minimum (art D 911-1 et D 911-2 CSS) que l'entreprise doit mettre en place au bénéfice de l'ensemble de ses salariés (article L 911-7 CSS) au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Le nouveau cahier des charges des contrats responsables détermine le niveau de prise en charge à respecter pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux ainsi que de la TSCA réduite à 7 % ⁽¹⁾ (art L 871-1 CSS et R 871-1 et R 871.2 CSS).

NIVEAU MAXIMUM ET MINIMUM DE REMBOURSEMENT SUR UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE

La prise en charge d'équipement d'optique (2 verres + 1 monture) est limitée à un équipement par assuré tous les 2 ans (sauf enfant et évolution de la correction).

SELON LE TYPE DE VERRE	ANI	CONTRATS RESPONSABLES	
	MINI	MINI ⁽²⁾	MAXI dont 150 € maximum pour la monture
1 Équipement verres simples Équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est < ou = à + 4,00 dioptries	100 €	50 €	470 €
2 Équipement verres complexes Équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou équipement à verres multifocaux ou progressifs	200 €	200 €	750 €
3 Équipement verres très complexes Équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	-	200 €	850 €
Équipement mixte verres simple / complexe Équipement comportant un verre mentionné au 1 et un verre mentionné au 2	150 €	125 €	610 €
Équipement mixte verres simple / très complexe Équipement comportant un verre mentionné au 1 et un verre mentionné au 3	-	125 €	660 €
Équipement mixte verres complexe / très complexe Équipement comportant un verre mentionné au 2 et un verre mentionné au 3	-	200 €	800 €

⁽¹⁾ A partir du 1^{er} janvier 2016, fusion de la TSCA et TSA. Les contrats responsables seront taxés à 13,27 % contre 20,27 % pour les non responsables.

⁽²⁾ Le MINI inclut le ticket modérateur

VOTRE FAQ ENTREPRISE

TABLEAU COMPARATIF PANIER DE SOINS CONTRATS RESPONSABLES

COMPARATIF PANIER DE SOINS ANI & NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES

	ANI	CONTRATS RESPONSABLES	
	MINI	MINI	MAXI
Forfait journalier	100 % des frais engagés sans limitation de durée	100 % des frais engagés sans limitation de durée	
Tout acte pris en charge par l'Assurance Maladie (sauf médicaments pris en charge à 15 % et 30 %, homéopathie, cure thermale)	100 % du ticket modérateur	100 % du ticket modérateur	-
Dépassement d'honoraires Consultations / visite médecins généralistes / spécialistes non adhérent au CAS Actes techniques médicaux et actes d'imagerie médecins non adhérent au CAS Honoraires médicaux ou chirurgicaux non adhérent au CAS	100 % du ticket modérateur	100 % du ticket modérateur	La plus faible valeur correspondant à ces 2 limites : - Limite 1 : TM + 125 % ⁽³⁾ de la base de remboursement - Limite 2 : (dépassement d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins) - (au minimum 20 % de la base de remboursement)
Prothèses dentaires et orthodontie	125 % de la base de remboursement (y compris le remboursement de l'Assurance Maladie)	100 % du ticket modérateur	-
Optique	Cf valeurs MINI dans tableau ci-dessus	100 % du ticket modérateur ou si garantie > 100 % du ticket modérateur alors MINI ou MAXI	

⁽³⁾ TM + 100 % de la base de remboursement à partir de 2017